



FEDERATION ALGERIENNE DE FOOT BALL

LIGUE DE FOOT BALL DE LA WILAYA DE MOSTAGANEM

BP N°150 MOSTAGANEM RP Tél et fax n°045.41.31.41



DATE QUALIFICATION
.....

N° LICENCE :

DEMANDE DE LICENCE

MEDECIN :

SECRETAIRE :

SOIGNEUR :

PHOTO

Saison : 2023/2024

U13

Je soussigné,

Nom :Prénoms :

Date et lieu de naissance :

Fils de : Et de :

Adresse personnelle :

M'engage au sein du club en qualité :

.....pour une période de :saison (s).

De même que je m'engage à respecter :

- Les lois du jeu édictées par la FIFA
- Les règlements généraux de la FAF,
- L'éthique et la morale sportive.

Signature de l'intéressé

Nom et Prénom du Président du club

Signature et cachet