



الإتحاد الجزائري لكرة القدم
Fédération Algérienne de Football

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION
A LA PRATIQUE DU Futsal
SAISON SPORTIVE : 2018 – 2019**

Je Soussigné : Docteur en Médecine
(N° d'inscription à l'ordre des médecins de: sous le Numéro :.....)

Photo

Structure d'exercice :

Atteste que le(a) joueur (se) :

Nom :

Prénoms :

Fils (Fille) de : et de :

Né(e)le: à :

Club : Ligue:

A été examiné(e) ce jour conformément aux directives de la commission médicale de la FAF.
Et qu'il (Elle) n'a, au vu du dossier médical présenté, aucune déficience.

Je certifie que le(a) joueur(se) sus-nommé(e) ne présente aucune contre-indication à la pratique du Futsal organisée sous l'égide de la FAF ou de l'une de ses ligues affiliées.

Fait à : le :

Le Médecin

(Nom, Prénom, griffe et signature)

NB : La présentation du certificat médical de non contre-indication à la pratique du Football est obligatoire pour l'obtention ou le renouvellement annuel de la licence sportive.