



الإتحاد الجزائري لكرة القدم  
Fédération Algérienne de Football

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

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

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 Football 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)