

الإتحاد الجزائري لكرة القدم

**FÉDÉRATION ALGÉRIENNE DE FOOTBALL**

**COMMISSION MÉDICALE FÉDÉRALE**



**Demande**  
**de**  
**Surclassement**  
**« Garçons et Filles »**

- DOUBLE DE SURCLASSEMENT,**
- SURCLASSEMENT U18 EN SÉNIORS,**

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM (S): \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : /\_\_\_/\_\_\_ . /\_\_\_/\_\_\_ . /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (JOURS/MOIS/ANNEE)

LIEU DE NAISSANCE (VILLE ET WILAYA) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

SEXE : M :  F :  NUMÉRO DE LICENCE : \_\_\_\_\_

DELIVREE PAR LA LIGUE DE: \_\_\_\_\_ CLUB : \_\_\_\_\_

## PREAMBULE

L'examen médical de surclassement est destiné à juger de l'aptitude à pratiquer le football en catégorie supérieure. Les critères morphologiques sont essentiels mais les autres paramètres, notamment ostéo-articulaires et cardiovasculaires sont importants d'autant que le (a) jeune joueur (se) surclassé (e) sera soumis (e) à une charge d'entrainement plus importante ainsi qu'au contact de joueurs (es) d'une catégorie supérieure dont la morphologie et la condition physique sont à prendre en considération. Cette demande doit être adressée, sous pli confidentiel, à la commission médicale fédérale, au siège du Centre Technique National de la FAF, à Sidi-Moussa.

**NB : TOUT DOSSIER INCOMPLETEMENT REMPLI NE SERA PAS RECEVABLE.**

## DEMANDE DU CLUB

Après avoir pris connaissance du préambule, je soussigné .....

Président/ Secrétaire du club de ..... sollicite pour le joueur /joueuse :

Nom : ..... Prénom (s): .....

Date de Naissance : ..... Numéro de Licence : .....

Délivrée par la Ligue : ..... Evoluant en catégorie : .....

L'autorisation de pratiquer en catégorie : .....

J'atteste que le (la) joueur (se) sus-cité(e) est assuré(e) pour pratiquer le football en cette catégorie.

**N.B : CETTE DEMANDE DOIT OBLIGATOIREMENT S'ACCOMPAGNER DU DOSSIER MEDICAL PREALABLE A LA PRATIQUE DU FOOTBALL DU JOUEUR / JOUEUSE .**

Date : \_\_\_\_\_

Signature et Cachet

## AUTORISATION DES PARENTS OU DU TUTEUR LÉGAL

Après avoir pris connaissance du préambule, je soussigné (e).....

Carte d'identité/Permis de conduire N° : ..... délivré(e) le : .....

par : .....

responsable légal du (de la) joueur (se) : .....

lui donne l'autorisation de se soumettre à l'examen médical de surclassement des joueurs (ses) prévu pour obtenir l'autorisation de pratiquer en catégorie supérieure .....et , en cas d'aptitude, je l'autorise à participer à ces compétitions.

Date : .....

Signature légalisée

## AVIS DE LA COMMISSION MÉDICALE FÉDÉRALE

Ayant pris connaissance du dossier médical préalable à la pratique du football du joueur (de la) joueuse : .....

et des conclusions de l'examen médical pratiqué par le médecin fédéral,

le Dr : ..... La commission médicale

fédérale, décide de l'avis :

**Favorable**

**Défavorable** « préciser » .....

.....

.....

Date : .....

Signature et Cachet