



الإتحاد الجزائري لكرة القدم  
FÉDÉRATION ALGÉRIENNE DE FOOTBALL  
رابطة كرة القدم المحترفة  
LIGUE DE FOOTBALL PROFESSIONNEL



Photo  
3,5 x 3,5

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE  
DU FOOTBALL EN COMPETITION**  
**SAISON SPORTIVE: 2020 - 2021**

Je soussigné docteur en médecine : .....

Structure d'exercice : .....

Téléphone : ..... Mail : .....

Inscrit à l'ordre des médecins de la Wilaya de : ..... Sous le numéro : .....

Atteste que le (a) joueur (se) :

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Fils (le) de : ..... et de : .....

Né (e) le : ..... à : ..... Wilaya de : .....

Club : ..... ligue de : .....

A été(e) examiné(e) ce jour conformément aux directives de la commission médicale de la FAF, et qu'il (elle) n'a aucune déficience au vu du dossier médical de pré-compétition (PCMA) présenté.

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

Fait le : ..... à : .....

**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 de la licence sportive.