

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 supérieureet , 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