

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU JOUEUR(SE) RELATIF AU CONTROLE DU DOPAGE

Je reconnais avoir pris connaissance des règles antidopage de mon organisation antidopage, je consens à y adhérer et je m'engage à les respecter.

Il m'est demandé de lire le formulaire ci-après afin de m'assurer que je suis informé que les données de contrôle du dopage me concernant seront utilisées dans des programmes de détection, de dissuasion et de prévention du dopage. Ma signature apposée au bas de ce formulaire attestera que j'ai bien été informé et que j'ai donné mon consentement exprès à un tel usage.

Je comprends et je conviens que :

- Les données relatives au contrôle du dopage me concernant seront utilisées dans le contexte de programme antidopage et tel que décrit en détail dans la Notice d'information du sportif mise à ma disposition par la Fédération Algérienne de Football.
- Les données relatives au contrôle du dopage me concernant seront collectées par l'autorité responsable du contrôle identifiée dans ce formulaire; cette autorité aura la responsabilité d'assurer la protection de mes données et de se conformer au Standard international pour la protection des renseignements personnels.
- L'autorité responsable du contrôle utilisera le système de gestion des données ADAMS pour traiter et gérer les données relatives au contrôle du dopage me concernant, y compris leur communication aux destinataires autorisés (par exemple, organisations nationales antidopage désignées, fédérations nationales ou internationales sportives, organisateurs de grandes manifestations sportives et l'AMA). Les laboratoires accrédités par l'AMA auront également accès à des données non identifiées et codées qui ne dévoileront pas mon identité.
- Les personnes ou parties recevant les informations me concernant peuvent être situées hors du pays dans lequel je réside, y compris en Suisse et au Canada. Dans certains autres pays, la législation sur la protection des données et le droit au respect de la vie privée peut ne pas être équivalente à celle de mon propre pays.
- Conformément au Standard international et en vertu des législations applicables, je dispose de droits en rapport avec les données du contrôle du dopage me concernant, notamment le droit d'accéder à mes données et de corriger toute inexactitude, et dans le cas où je serais préoccupé par le traitement des données du contrôle du dopage me concernant, je peux consulter l'autorité responsable du contrôle ou l'AMA (www.wada-ama.org), selon le cas.

DECHARGE DE RESPONSABILITE

Je, soussigné, décharge l'AMA, ainsi que l'ensemble des organisations antidopage et laboratoires accrédités, de toute responsabilité en relation avec le traitement dans ADAMS des données relatives au contrôle du dopage et renonce à toute prétention (dommage, coûts, dépenses) à cet égard.

RETRAIT DE CONSENTEMENT

Je comprends que ma participation à des manifestations sportives organisées est subordonnée à mon adhésion volontaire aux procédures antidopage fixées par le Code et dès lors au traitement des données relatives au contrôle du dopage me concernant, tel que décrit dans ce formulaire.

Je comprends que le retrait de mon consentement au traitement des données relatives au contrôle du dopage me concernant sera considéré comme un refus de participer à ces procédures antidopage telles qu'exigées par le Code. Ceci pourrait entraîner mon exclusion de toute participation ultérieure à des manifestations sportives organisées et la prise de sanctions disciplinaires ou autres à mon encontre, telles que disqualification des compétitions dans lesquelles ma participation est programmée.

Autorisation et consentement

En signant le présent formulaire, je donne mon consentement pour le prélèvement d'échantillon sanguin et/ou urinaire et à l'utilisation des données relatives au contrôle du dopage me concernant.

INITIALES ET SIGNATURE DU JOUEUR / TUTEUR

COMMISSION MEDICALE
SOUS-COMMISSION ANTIDOPAGE**AUTORISATION D'USAGE
A DES FIN THERAPEUTIQUE (AUT)****FORMULAIRE DE DEMANDE**

VEUILLEZ COMPLETER TOUTES LES RUBRIQUES EN LETTRES MAJUSCULES OU A LA MACHINE

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE JOUEUR :

Nom : _____ Prénom(s) : _____

Sexe : Féminin ☐ Masculin ☐

Nationalité : _____

Date et lieu de Naissance : ____/____/____ à _____

Compétition de la FAF concernée : _____

Nom du Club et la Ligue dont il est affilié : _____

La réponse doit être envoyée au Club :

- ☐ Par Fax au Numéro : _____
- ☐ Par Courrier Electronique (Mail) : _____
- ☐ Par la Poste à l'adresse : _____

2. INFORMATIONS MEDICALES

Diagnostic avec suffisamment d'informations médicales : **(Voir note 1)** : _____

Si un médicament autorisé ne peut pas être utilisé pour traiter l'affection pathologique, fournir la justification clinique pour l'usage demandé du médicament interdit : _____

3. RENSEIGNEMENTS SUR LA MEDICATION

La DCI de la/des substance(s) interdite(s)	Posologie	Voie d'administration	Fréquence d'administration

Durée prévue du traitement (veuillez cocher la case appropriée) :

☐ Une fois seulement

☐ Urgence date : _____ Heure : _____

☐ Durée (jours, semaines ou mois) : _____

☐ Long terme (jours, semaines ou mois) : _____

- **AVEZ-VOUS DEJA PRESENTE UNE DEMANDE D'AUT AUPARAVANT ?** Oui : ☐ Non : ☐

Si Oui, date (jours,mois,année) : ____/____/____

Pour quelle substance ? _____

- **Décision** : Demande approuvée : ☐ Demande rejetée : ☐

(Veuillez joindre la/les demande(s) d'AUT antérieure(s) de :

☐ Fédération Internationale de Football (FIFA) ;

☐ Confédération Africaine de Football (CAF) ;

☐ Organisation Antidopage (CNAD/ORAD) ;

☐ Autres : _____

4. DECLARATION DU MEDECIN TRAITANT

Je certifie, que le traitement susmentionné est médicalement approprié et, que l'usage d'autres médicaments ne figurant pas sur la liste des interdictions serait inadéquat dans ce cas :

Nom : _____

Qualifications : _____

Spécialité médicale : _____

Adresse : _____

E.Mail : _____

Téléphone professionnel : _____

Mobile : _____ Fax : _____

Signature du Médecin Traitant : _____ Date : ____/____/____

5. DECLARATION DU JOUEUR :

Je soussigné _____ certifie que les informations Indiquées sont exactes et que je demande l'autorisation d'utiliser une substance ou méthode qui figure sur la liste des interdictions de la FIFA/AMA. J'autorise la divulgation de mes données médicales personnelles aux services antidopage et aux organes concernés de la FAF/CAF/FIFA, au personnel autorisé de l'AMA, au comité pour l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (AUT) de la FAF, au personnel autorisé qui pourrait avoir le droit de consulter ces informations en vertu des dispositifs du code mondial antidopage.

J'accepte que mes données soient utilisées uniquement pour évaluer ma demande d'AUT et dans le contexte d'enquêtes et de procédures relatives à de possibles violations des règles antidopage. Si je souhaite (1) obtenir d'avantage d'informations quant à l'utilisation de mes données ; (2) exercer mon droit d'accès à mes données et de modifications de celles-ci ; ou (3) révoquer le droit de ces organisations à obtenir des informations sur ma santé, je dois en informer par écrit mon médecin traitant et la FAF. Je reconnais et j'accepte qu'il puisse être nécessaire que les informations relatives aux AUT soumises avant l'annulation de mon consentement soient conservées à la seule fin d'établir l'existence d'une violation des règles antidopage en vertu du Code Mondial. J'estime que si mes données personnelles ne sont pas utilisées conformément à cette déclaration de consentement et au *Standard International pour la protection des renseignements personnels*, je peux porter plainte auprès de l'AMA et le TAS.

Signature du Joueur : _____ Date : ____/____/____

Signature d'un parent ou du représentant légal : _____ Date : ____/____/____

(Si le joueur est mineur ou s'il souffre d'un handicap l'empêchant de signer ce formulaire, un des parents ou le représentant légal devra contresigner le formulaire ou le signer au nom du joueur).

6. NOTES :

Note 1	Diagnostic Veillez noter que les éléments justificatifs confirmant le diagnostic seront joints à cette demande. Ces éléments devront comprendre une anamnèse complète et les résultats de tous les examens, analyses de laboratoire et études par imagerie correspondants. Dans la mesure du possible, des copies de tous les rapports ou lettres originaux seront jointes. Les éléments justificatifs concernant les circonstances cliniques devront être aussi objectifs que possible. Et dans le cas de conditions pathologiques ne pouvant être démontrées, un avis médical indépendant sera à l'appui de cette demande
Note 2	Compétition de la FAF La FAF ne prend en considération que les demandes d'AUT de joueurs actuellement inscrits à l'une de ses compétitions.
Note 3	Organisation Antidopage Préciser le nom de l'organisation antidopage à laquelle vous avez déjà soumis une demande d'AUT. Il peut s'agir de la FIFA, CAF, ORAD ou la CNAD et/ou de votre organisation antidopage nationale, qui peut être votre comité national olympique ou un autre organisme désigné.

LES FORMULAIRES INCOMPLETS OU ILLISIBLES SERONT RETOURNES ET DEVRONT ETRE DE NOUVEAU SOUMIS.

Veillez envoyer le formulaire dûment rempli à la Commission Médicale de la FAF, par Mail : **centremedical01@gmail.com** ou : **medicalcenter@faf.dz**, conserver une copie dans vos dossiers et en conserver personnellement une copie.

« Le traitement peut être administré uniquement après réception de l'approbation de la demande d'AUT ».

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION
A LA PRATIQUE DU FOOTBALL
SAISON SPORTIVE: 2025 - 2026**Photo 3,5 x
3,5

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.

الكتشف عن تعاطي المخدرات - التحاليل الطبية السلبية -

المؤسسة الطبية أو المخبر:

العنوان:

رقم الهاتف/ البريد الإلكتروني :



معلومات المعني بالتحاليل

الاسم و اللقب:

تاريخ ومكان الميلاد:

نوع العينة :

رقم بطاقة الهوية/جواز السفر :

الجهة الطالبة للتحاليل :

تفاصيل الفحص

للتحاليل المخبرية للكشف عن مايلي:

نعلم بأن المعني المذكور اسمه أعلاه قد خضع بتاريخ

- المواد المخدرة.

- المؤثرات العقلية ومواد محظورة أخرى.

وقد تم اجراء التحاليل وفقا للمعايير الطبية المعتمدة.

الخلاصة



تحاليل سلبية

- نتيجة التحاليل الطبية خالية من المواد المخدرة و/أو المؤثرات العقلية الخاضعة للكشف.

ملاحظة: يتحمل رئيس النادي والمعني كامل المسؤولية عن أي تزوير لهذه الشهادة
وفق ما هو منصوص عليه في القانونين المدني والرياضي.

رئيس النادي

المخبر



رابطة كرة القدم المحترفة
LIGUE DE FOOTBALL PROFESSIONNEL

DOSSIER MEDICAL PREALABLE A LA PRATIQUE DU FOOTBALL PROFESSIONNEL

JOUEUR (SE):

NOM : _____ PRENOM (S) : _____

DATE DE NAISSANCE : /__/_/ __/__/ __/__/ __/__/ (JOUR / MOIS / ANNEE)

SEXE : M: ☐ F: ☐

CLUB : _____

NATIONALE : UNE : ☐ DEUX : ☐

1. CARACTERISTIQUES

Poste ☐ gardien de but ☐ défenseur
☐ milieu ☐ attaquant
Latéralisation ☐ gaucher ☐ droitier ☐ Les 2 pieds

Nombre de matches disputés ces 12 derniers mois : /__/_/ __/__/ __/__/

2. ANTECEDENTS MEDICAUX :

2.1 PATHOLOGIES ACTUELLES ET PASSES

Général	Non	oui, dans les 4 dernières semaines			oui, il y a plus de 4 semaines		
Symptômes de la grippe	☐	☐					
Infections (surtout virales)	☐	☐			☐		
Fièvre rhumatismale	☐	☐			☐		
Coups de chaleur	☐	☐			☐		
Commotion	☐	☐			☐		
Allergie nourriture/insectes	☐	☐			☐		
Allergie médicaments	☐	☐			☐		
Cœur et poumon	Non	Dans les 4 dernières semaines au repos / pendant après l'effort			Il y a plus de 4 semaines au repos / pendant après l'effort		
Douleur ou oppression thoracique	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Essoufflement	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Souffle court	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Asthme	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Toux	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bronchite	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Palpitations	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Arythmie cardiaque	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Autres problèmes cardiaques	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vertiges	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Syncopes	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Non	Oui, dans les 4 dernières semaines			Oui, il y a plus de 4 semaines		
Hypertension	☐	☐			☐		
Souffle au cœur	☐	☐			☐		
Profil lipidique anormal	☐	☐			☐		
Crises, épilepsie	☐	☐			☐		
Conseillé d'arrêter le sport	☐	☐			☐		
Fatigué plus vite que coéquipiers	☐	☐			☐		
Diarrhées	☐	☐			☐		

2.2 ANTECEDENTS FAMILIAUX (PARENTS HOMMES DE MOINS DE 55 ANS, PARENTS FEMMES DE MOINS DE 65 ANS)

	non	père	mère	frère/sœur	autre
Mort subite	☐	☐	☐	☐	☐
Mort subite (infantile)	☐		☐	☐	
Maladie coronarienne	☐ ☐	☐	☐	☐	
Cardiomyopathie	☐ ☐	☐	☐	☐	
Hypertension	☐ ☐	☐	☐	☐	
Syncope à répétition	☐ ☐	☐	☐	☐	
Arythmie cardiaque	☐ ☐	☐	☐	☐	
Transplantation cardiaque	☐ ☐	☐	☐	☐	
Chirurgie cardiaque	☐ ☐	☐	☐	☐	
Pacemaker/Défibrillateur	☐ ☐	☐	☐	☐	
Syndrome de Marfan	☐ ☐	☐	☐	☐	
Noyade inexplicée	☐ ☐	☐	☐	☐	
Accident de voiture inexplicé	☐	☐	☐	☐	☐
AVC	☐ ☐	☐	☐	☐	
Diabète	☐ ☐	☐	☐	☐	
Cancer	☐ ☐	☐	☐	☐	
Autres (arthrite, etc.)	☐ ☐	☐	☐	☐	

2.3 PRESCRIPTION MEDICALE COURANTE DE CES 12 DERNIERS MOIS

	non	oui
Anti-inflammatoires non stéroïdiens	☐	☐
Médicaments contre l'asthme	☐	☐
Médicament contre l'hypertension	☐	☐
Hypolipidémiant	☐	☐
Antidiabétique	☐	☐
Psychotrope	☐	☐
Autres	☐	☐

3. EXAMEN PHYSIQUE GENERAL

Taille : /___/___/___/ cm Poids: /___/___/___/ kg BMI : /___/___/___/

Glande thyroïde : ☐ normal ☐ anormal

Nœud lymphatique/rate ☐ normal ☐ anormal

Acuité visuelle : OD : /___/___/ OG : /___/___/

ORL : Surdité : ☐ Non ☐ Oui

Examen bucco-dentaire

Nombre de dents cariées: /___/___/

Nombre de dents absentes: /___/___/

Hygiène bucco-dentaire : ☐ Bonne ☐ Insuffisante

Poumons :

Auscultation ☐ normale ☐ anormale

Percussion ☐ normale ☐ anormale

Si Anormal,
Précisez :

Abdomen

Palpation ☐ normale ☐ anormale

Si Anormal,
Précisez :

Port d'appareil médico-chirurgical : ☐ Non ☐ Oui

Si Oui,
Précisez :
.....

Symptômes du syndrome de Marfan : ☐ Non

☐ Oui : précisez :
☐ Déformation du thorax
☐ Long bras et longues jambes
☐ Pieds plats
☐ Scoliose
☐ Dislocation du cristallin
☐ Autre

4. SYSTEME CARDIOVASCULAIRE

Rythme ☐ normal ☐ arythmique

Son ☐ normal ☐ anormal, précisez :
☐ dédoublement
☐ paradoxal
☐ 3^e son
☐ 4^e son

Souffle ☐ non ☐ oui, précisez :
☐ Systolique - intensité / _ /6
☐ Diastolique - intensité / _ /6
☐ Claquements
☐ Changements durant la manœuvre de Valsalva
☐ Changements après s'être levé brusquement

Œdème périphérique ☐ non ☐ oui

Veine jugulaire (position à 45°) ☐ normale ☐ anormale

Reflux hépato-jugulaire ☐ non ☐ oui

Vaisseaux sanguins

Pouls périphérique ☐ palpable ☐ non palpable

Bruits vasculaires ☐ non ☐ oui

Varices ☐ non ☐ oui

Pouls après 5 minutes de repos : / _ / _ / _ / min

Pression artérielle en position allongée sur le dos après 5 minutes de repos

Bras droit : / _ / _ / _ / / / _ / _ / _ / mmHg

Bras gauche / _ / _ / _ / / / _ / _ / _ / mmHg

4.1 ECG 12 ELECTRODES

*** EN POSITION ALLONGEE SUR LE DOS APRES 5 MINUTES DE REPOS**

« Joindre une copie au contrôle »

Résumé de l'analyse de l'ECG : ☐ normal ☐ anormal

Si Anormal, précisez :

.....

4.2 ECHOCARDIOGRAPHIE INITIALE :

Effectuée le : /__/_/ __/_/_/ __/_/_/_/_/

Résumé de l'échocardiographie (Joindre copie du résultat au contrôle).

.....

NB :

- L'examen échocardiographique initiale est obligatoire quel que soit l'âge des joueurs.
- Doit être Renouvelée dès l'âge de 20 ans révolus.

5. AUTRES PATHOLOGIES :

Non : ☐

Oui : ☐

Si oui, précisez :

.....

6. BILAN BIOLOGIQUE (A JEUN)

« Joindre les documents signés par le service accrédité ».

1. Groupage Sanguin,
2. FNS avec taux de Réticulocytes,
3. Sodium sanguin,
4. Potassium sanguin,
5. Créatinémie, Urémie
6. Cholestérol (total),
7. Cholestérol LDL,
8. Cholestérol HDL,
9. Triglycérides,
10. Glycémie à jeun,
11. Protéine C-réactive (CRP),
12. Acide Urique.

7. RESUME DE L'EVALUATION

Suspicion de pathologie cardiaque

☐ Non ☐ oui, précisez : _____

Autres pathologies

☐ Non ☐ oui, précisez : _____

LE (A) JOUEUR (SE) CITE(E) CI-DESSOUS : SAISON SPORTIVE : 2025 / 2026

NOM ET PRENOMS : _____

APTE A LA PRATIQUE DU FOOTBALL PROFESSIONNEL:

☐ Oui ☐ Non

8. MEDECIN EXAMINATEUR ET

Nom et Prénom du Médecin : _____

N° inscription à l'ordre des médecins : /___/___/___/___/___/

Structure d'exercice : _____

Téléphone : _____

Email : _____

Date : _____ Griffe et Signature : _____