الاتحاد الجزائري لكرة القدم

**F**ÉDÉRATION**A**LGERIENNEDE **F**OOTBALL

رابطة كرة القدم المحترفة

**L**IGUEDE**F**OOTBALL**P**ROFESSIONNEL

**AttestationdeConsentementdes Clubsauxexamens Medicaux d’Avant Competition(pcma)**

**Saison Sportive:202**4**-202**5

Lessoussignés:

(NOMDUPRESIDENTEN CAPITALESD’IMPRIMERIE) :…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

(NOMDUDIRECTEURGENERALENCAPITALESD’IMPRIMERIE):……………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………

(NOMDUMEDECIND’EQUIPEENCAPITALESD’IMPRIMERIE):……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……… Confirmentparlaprésente:

1. Que chaque joueur a été examinéconformément à l’examen médical d’avant compétition de laFAF (PCMA) avec des méthodes d’analyses reconnues. Le Club est responsable de la réalisation del’examen sur la base des dernières normes médicales. À cet égard, la Ligue n’assume aucuneresponsabilité.
2. Qu’aucun des joueurs n’a, au vu du dossier PCMA, de déficience physique ou mentale constatéespouvantmettreen danger sasantélorsdesaparticipationauxcompétitions.
3. Que la ligue professionnelle ne peut être tenue responsable en cas de procédure, de réclamationet de coûts y relatifs pouvant avoir lieu ou être subis par d'autres (joueurs et officiels du club) enrelation avecdesmaladiesoudesaccidents (ycompris décès et invalidité).
4. Les soussignés – Président, Secrétaire Général et Médecin d’équipe – attestent avoir compris lesinformationssurlesconditionsliéesàlasantéetconfirmentparlaprésentelavéracitédespoints
   1. à(3)listésci-dessusainsiqueleurrenonciationàtouteréclamationcontrelaligueprofessionnelle.

Signatures:

* + - PRESIDENT:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………
    - DIRECTEURGENERAL:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………..
    - MEDECINDEL’EQUIPE:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Lieu:………………………………………………………………………………………………………Date:………………………………………………………………………