

الإتحاد الجزائري لكرة القدم

FÉDÉRATION ALGÉRIENNE DE FOOTBALL

COMMISSION MÉDICALE FÉDÉRALE

Demande
de
Surclassement
« Garçons et Filles »

The logo of the Algerian Football Federation is a circular emblem. It features a green and white soccer ball in the center, with a red crescent and star above it. The emblem is surrounded by a green border. At the top, there are two yellow stars. The text 'الاتحاد الجزائري لكرة القدم' is written in green Arabic script at the top and bottom of the emblem.

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'entraînement 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