



# FÉDÉRATION ALGÉRIENNE DE FOOTBALL

## COMMISSION MÉDICALE FEDERALE

### CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU FOOTBALL SAISON SPORTIVE : 2021 – 2022

Je soussigné Docteur ..... N° d'inscription à l'Ordre des Médecins.....

Atteste que le joueur Nom : ..... Prénoms : .....

Né le : ..... à ..... Fils de : .....

**Et de : ..... Club : ..... Ligue : .....**

A été examiné ce jour conformément aux directives de la commission médicale de la FAF, et qu'il n'a au vu de cet examen médical, aucune déficience. Je certifie que le joueur susnommé ne présente aucune contre-indication à la pratique de Football organisée sous l'égide de la FAF ou de l'une de ses ligues affiliées.

Fait le ..... à .....

*Le Médecin (Nom, prénom et griffe)*

#### CERTIFICAT DE CARDIOLOGIE

Je soussigné Docteur ..... N° Conseil de l'Ordre des Médecins .....

Atteste que le joueur Nom : ..... Prénoms : .....

Né le : ..... à .....

A effectué ce jour un électrocardiogramme (ECG) douze (12) dérivations. L'interprétation de cet ECG n'a révélé aucune contre-indication à la pratique du football de compétition.

Fait le ..... à .....

*Le Médecin (Nom, prénom et griffe)*

#### ENGAGEMENT DU CLUB

Je soussigné Mr:..... Agissant en qualité de Président du club :

.....

Atteste que le joueur nommé ci-dessus a bien subi les examens médicaux exigés pour la pratique du football amateur de compétition et que son dossier médical est conservé au siège du club.

Je m'engage à le soumettre à l'autorité compétente sur toute réquisition.

Fait le ..... à .....

*Le Président (Nom, prénom et griffe)*



الإتحاد الجزائري لكرة القدم  
FÉDÉRATION ALGERIENNE DE FOOTBALL



ATTESTATION DE CONSENTEMENT DES CLUBS AUX EXAMENS  
MEDICAUX D'AVANT COMPETITION (PCMA)  
SAISON SPORTIVE : 2021 – 2022

CLUB : ..... LIGUE DE : .....

Les soussignés :

(NOM DU PRESIDENT EN CAPITALES D'IMPRIMERIE) : .....

(NOM DU SECRETAIRE GENERAL EN CAPITALES D'IMPRIMERIE) : .....

(NOM DU MEDECIN D'EQUIPE EN CAPITALES D'IMPRIMERIE) : .....

Confirment par la présente :

1. Que chaque joueur a été examiné conformément à l'examen médical d'avant compétition de la FAF (PCMA) avec des méthodes d'analyses reconnues. Le Club est responsable de la réalisation de l'examen sur la base des dernières normes médicales. À cet égard, la Ligue n'assume aucune responsabilité.
2. Qu'aucun des joueurs n'a, au vu du dossier PCMA, de déficience physique ou mentale constatées pouvant mettre en danger sa santé lors de sa participation aux compétitions.
3. Que la ligue ne peut être tenue responsable en cas de procédure, de réclamation et de coûts y relatifs pouvant avoir lieu ou être subis par d'autres (joueurs et officiels du club) en relation avec des maladies ou des accidents (y compris décès et invalidité).
4. Les soussignés – Président, Secrétaire Général et Médecin d'équipe – attestent avoir compris les informations sur les conditions liées à la santé et confirment par la présente la véracité des points (1) à (3) listés ci-dessus ainsi que leur renonciation à toute réclamation contre la ligue .

Signatures :

- PRESIDENT : .....
- SECRETAIRE GENERAL : .....
- MEDECIN DE L'EQUIPE : .....

Lieu : ..... Date : .....