



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.