

الإتحاد الجزائري لكرة القدم

FÉDÉRATION ALGÉRIENNE DE FOOTBALL

COMMISSION MÉDICALE FÉDÉRALE



Demande
de
Surclassement
« Garçons et Filles »

- DOUBLE SURCLASSEMENT,
- SURCLASSEMENT U18 EN SÉNIORS,

NOM : _____ PRÉNOM (S): _____

DATE DE NAISSANCE : _____ (JOURS/MOIS/ANNÉE) SEXE : M : F :

NUMÉRO DE LICENCE : _____

ADRESSE : _____

LIGUE : _____

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 incomplètement 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 ce (tte) joueur (se) est assuré(e) pour pratiquer en cette catégorie.

N.B : Cette demande doit obligatoirement s'accompagner du dossier médical PCMA du joueur complété par une échocardiographie récente.

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 supérieure et, 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 PCMA du joueur/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