



# DEMANDE DE LICENCE

2017 - 2018

JOUEUR AMATEUR

**CATEGORIE :**

**SENIORS**

Joindre deux (2)  
photos à fond blanc  
Ne pas agraffer  
Ne pas coller

N° Dossard :

Licence N° : .....

**CATEGORIES D'AGES :**

- Senior : Avant le 01-01-1999

Je Soussigné,

Nom : ..... Prénom : .....

Date et Lieu de Naissance : .....

Fils de : ..... et de : .....

Adresse Personnelle : .....

Groupe Sanguin : ..... Rhésus : .....

Qualification Saison Précédente : 20.... /20.... Club : .....

Je M'engage, en qualité de Joueur de Football au sein du C.S.A: .....

Pour la Saison : 2017 /2018

**De même que je m'engage à respecter :**

- Les lois de jeu.
- Les Règlements Généraux de la FAF.
- L'éthique et la morale Sportive.

**Signature Légalisée du Joueur**

**Signature et Cachet  
Du Président du Club**

**Empreinte digitale**

**Index gauche du joueur**

**A Joindre:**

- 📁 Deux photos (récentes et identiques).
- 📁 Un acte de naissance : n°12.
- 📁 C.N.I : Copie certifiée conforme

- 📁 Dossier médical PCMA
- 📁 Groupe sanguin.
- 📁 Passeport du Joueur (moins de 23 ans)



# DEMANDE DE LICENCE

## 2017 - 2018

### JOUEUR AMATEUR

### CATEGORIES : JEUNES

U19  U17   
U15  U13

Licence N° : .....

#### CATEGORIES D'AGES :

- U19 : 1999 - 2000
- U17 : 2001 - 2002
- U15 : 2003 - 2004
- U13 : 2005 - 2006

Joindre deux (2)  
photos à fond blanc  
**Ne pas agraffer**  
**Ne pas coller**

Nom : ..... Prénom : .....

Date et Lieu de Naissance : .....

Fils de : ..... et de : .....

Adresse Personnelle : .....

Groupe Sanguin : ..... Rhésus : .....

Qualification Saison Précédente : 20.... /20.... Club : .....

Je M'engage, en qualité de Joueur de Football au sein du C.S.A: .....

Pour la Saison : **2017 /2018**

#### De même que je m'engage à respecter :

- Les lois de jeu.
- Les Règlements Généraux de la FAF.
- L'éthique et la morale Sportive.

Signature Légalisée du Joueur

Signature et Cachet  
Du Président du Club

Empreinte digitale

Index gauche du joueur

#### A Joindre:

- 📁 Deux photos (récentes et identiques).
- 📁 Un acte de naissance : n°12.
- 📁 C.N.I : Copie certifiée conforme

- 📁 Dossier médical PCMA
- 📁 Groupage sanguin.
- 📁 Passeport du Joueur.



## AUTORISATION PATERNELLE

### JOUEURS U17 - U15 - U13

**Saison : 2017-2018**

Je soussigné Mr ..... en qualité de (1) .....

Du joueur ..... né le .....

Titulaire de (2) ..... N° ..... délivré par ..... le .....

Domicile à .....

.....

Autorise mon fils à pratiquer le football au sein du club .....

Fait à ..... le .....

Nom et Prénom

.....

Signature légalisée

- 1- Mettre : Père, Mère ou tuteur
- 2- Nature de pièce d'identité (P.C ou C.I.N)



# DEMANDE DE LICENCE

## 2017 - 2018

Licence N° : .....

Joindre deux (2)  
photos à fond blanc  
Ne pas agraffer  
Ne pas coller

SECRETAIRE

MEDECIN

DIRIGEANT

ASSISTANT MEDICAL

Je Soussigné,

Nom : ..... Prénom : .....

Date et Lieu de Naissance : .....

Fils de : ..... et de : .....

Adresse Personnelle : .....

Je M'engage, en qualité ..... de Football au sein du C.S.A. ....

Pour la Saison : 2017 /2018

### De même que je m'engage à respecter :

- Les lois de jeu.
- Les Règlements Généraux de la FAF.
- L'éthique et la morale Sportive.

Signature Légalisée

Signature et Cachet  
Du Président du Club

### A Joindre

#### Dirigeants :

- ☐ Deux photos (récentes et identiques).
- ☐ Un acte de naissance : n°12.
- ☐ C.N.I ou P.C: copie certifiée conforme

#### Assistant Médical & Médecin :

- ☐ Deux photos (récentes et identiques).
- ☐ Un acte de naissance : n°12.
- ☐ C.N.I ou P.C: copie certifiée conforme.
- ☐ Diplôme : copie certifiée conforme.



# DEMANDE DE LICENCE

## 2017 - 2018

Licence N° : .....

Joindre deux (2)  
photos à fond blanc  
**Ne pas agraffer**  
**Ne pas coller**

ENTRAINEUR Catégorie : .....

Je Soussigné,

Nom : ..... Prénom : .....

Date et Lieu de Naissance : .....

Fils de : ..... et de : .....

Adresse Personnelle : .....

Je M'engage, en qualité ..... de Football au sein du C.S.A. ....

Pour la Saison : **2017 /2018**

**De même que je m'engage à respecter :**

- Les lois de jeu.
- Les Règlements Généraux de la FAF.
- L'éthique et la morale Sportive.

Case réservée pour avis de D.T.W

Signature Légalisée de l'Entraîneur

Signature et Cachet  
Du Président du Club

**A Joindre**

**Entraîneurs :**

- ☐ Deux photos (récentes et identiques).
- ☐ Un acte de naissance : n°12.
- ☐ C.N.I ou P.C: copie certifiée conforme.
- ☐ Diplôme : M.J.S ou F.A.F : copie certifiée.



# DEMANDE DE LICENCE

## 2017 - 2018

Licence N° : .....

Joindre deux (2)  
photos à fond blanc  
**Ne pas agraffer**  
**Ne pas coller**

ENTRAINEUR ADJOINT Catégorie : .....

Je Soussigné,

Nom : ..... Prénom : .....

Date et Lieu de Naissance : .....

Fils de : ..... et de : .....

Adresse Personnelle : .....

Je M'engage, en qualité ..... de Football au sein du C.S.A. ....

Pour la Saison : **2017 /2018**

**De même que je m'engage à respecter :**

- Les lois de jeu.
- Les Règlements Généraux de la FAF.
- L'éthique et la morale Sportive.

Case réservée pour avis de D.T.W

Signature Légalisée de l'Entraîneur Adjoint

Signature et Cachet  
Du Président du Club

**A Joindre**

**Entraîneurs :**

- ☞ Deux photos (récentes et identiques).
- ☞ Un acte de naissance : n°12.
- ☞ C.N.I ou P.C: copie certifiée conforme.
- ☞ Diplôme : M.J.S ou F.A.F : copie certifiée.



## **PASSEPORT DU JOUEUR**

Nom et Prénom du Joueur : .....

Date et Lieu de Naissance : .....à.....

AGE (Ans)	Saison	Statut (Amateur / Professionnel)	Club	N° de Licence	Date Exacte d'Enregistrement	Ligue
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						

**CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE****A LA PRATIQUE DU FOOTBALL AMATEUR DE COMPETITION SAISON****20..... - 20.....**

Photo

Groupe Sanguin

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

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

Né le : ..... à .....

Fils de: ..... et de .....

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 physique constatée pouvant mettre en danger sa santé lors des compétitions organisées 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)*





*FEDERATION ALGERIENNE DE FOOTBALL*

**الرابطة الولائية لكرة القدم قالمة**

**Ligue Wilaya de Football Guelma**

**L.W.F.G**

