

الكتشف عن تعاطي المخدرات - التحاليل الطبية السلبية -

المؤسسة الطبية أو المخبر:

العنوان:

رقم الهاتف/البريد الإلكتروني :



معلومات المعني بالتحاليل

الاسم و اللقب:

تاريخ ومكان الميلاد:

نوع العينة :

رقم بطاقة الهوية/جواز السفر :

الجهة الطالبة للتحاليل :

تفاصيل الفحص

للتحاليل المخبرية للكشف عن مايلي:

نعلم بأن المعني المذكور اسمه أعلاه قد خضع بتاريخ

- المواد المخدرة.

- المؤثرات العقلية ومواد محظورة أخرى.

وقد تم اجراء التحاليل وفقا للمعايير الطبية المعتمدة.

الخلاصة

تحاليل سلبية

- نتيجة التحاليل الطبية خالية من المواد المخدرة و/أو المؤثرات العقلية الخاضعة للكشف.

ملاحظة: يتحمل رئيس النادي والمعني كامل المسؤولية عن أي تزوير لهذه الشهادة
وفق ما هو منصوص عليه في القانونين المدني والرياضي.

رئيس النادي

المخبر

C.1

الاتحاد الجزائري لكرة القدم
ALGERIAN FOOTBALL FEDERATION
Founded in 1962, Affiliated with the FIFA and CAF in 1963



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.