



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:

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">📁 Deux photos (récentes et identiques).📁 Un acte de naissance : n°12.📁 C.N.I : Copie certifiée conforme | <ul style="list-style-type: none">📁 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

