

E.2

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



DOSSIER MEDICAL PREALABLE A LA PRATIQUE DU FOOTBALL AMATEUR

Saison sportive 2025 – 2026)

JOUEUR (SE):

NOM : _____ PRENOM (S) : _____

DATE DE NAISSANCE : /__/_/ __/_/ __/_/ __/_/ (JOUR / MOIS / ANNEE)

SEXE : M: ☐ F: ☐

CLUB : _____

LIGUE : _____

1. CARACTERISTIQUES

Poste : ☐ Gardien de but ☐ Défenseur
☐ Milieu ☐ Attaquant
Latéralisation : ☐ Gaucher ☐ Droitier ☐ Les 2 pieds

Nombre de matches disputés ces 12 derniers mois : /__/_/ __/_/



NOM : _____ PRENOM (S) : _____

2. ANTECEDENTS MEDICAUX :

2.1 ANTECEDENTS PERSONNELS :

.....
.....

2.2 ANTECEDENTS FAMILIAUX (PARENTS HOMMES DE MOINS DE 55 ANS, PARENTS FEMMES DE MOINS DE 65 ANS)

.....
.....

2.3 PRESCRIPTION MEDICALE COURANTE DE CES 12 DERNIERS MOIS

.....
.....

3. EXAMEN PHYSIQUE GENERAL

Taille : / ____ / ____ / ____ / cm Poids : / ____ / ____ / ____ / kg BMI : / ____ // ____ /, ____ /

Examen bucco-dentaire

.....
.....

Poumons :

.....
.....

Abdomen

.....
.....

Examen Orthopédique

.....
.....

Port d'appareil médico-chirurgical :

.....
.....

Symptômes du syndrome de Marfan : Si Oui Précisez

.....
.....

4. SYSTEME CARDIOVASCULAIRE

.....
.....

Pouls après 5 minutes de repos : / ____ / ____ / ____ /min

Pression artérielle en position allongée sur le dos après 5 minutes de repos

Bras droit : / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ /mmHg

Bras gauche / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ /mmHg



NOM : _____ PRENOM (S) : _____

4.1 ECG 12 ELECTRODES

- EN POSITION ALLONGEE SUR LE DOS APRES 5 MINUTES DE REPOS
« Joindre une copie au contrôle »

Résumé de l'analyse de l'ECG : ☐ normal ☐ anormal

Si Anormal, précisez :

.....
.....
.....

4.2 ECHOCARDIOGRAPHIE INITIALE :

Effectuée le : / / / / /

Résumé de l'échocardiographie « Joindre copie du résultat au contrôle ».

.....
.....
.....
.....
.....

NB :

- L'examen Echocardiographie initiale est obligatoire quel que soit l'âge des joueurs.
- Doit être Renouvelée dès l'âge de 20 ans révolus.

5. AUTRES PATHOLOGIES : Si Oui, précisez

.....
.....
.....
.....

6. BILAN SANGUIN :

« Joindre les documents signés par le service accrédité »

1. Groupe Sanguin,
2. FNS avec taux des réticulocytes.
3. Créatinémie,
4. Urée Sanguine
5. Glycémie à jeun.
6. Autres si nécessaire :

.....
.....
.....



7. RESUME DE L'EVALUATION

Suspicion de pathologie cardiaque

☐ Non ☐ oui, précisez : _____

Autres pathologies

☐ Non ☐ oui, précisez : _____

LE (A) JOUEUR (SE) CITE(E) CI-DESSOUS : SAISON SPORTIVE : 2025-2026

NOM ET PRENOM : _____

APTE A LA PRATIQUE DU FOOTBALL AMATEUR:

☐ Oui ☐ Non

8. MEDECIN EXAMINATEUR ET INSTITUTION

Nom et Prénom du Médecin : _____

N° inscription à l'ordre des médecins : / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ /

Structure d'exercice : _____

Téléphone : _____

Email : _____

Date : _____ Griffe et Signature : _____

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.



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

- رابطة كرة القدم :
- النادي :

شهادة الأهلية الطبية لممارسة نشاط كرة القدم

أنا الممضي أسفله، الطبيب : .. (الاسم واللقب)

رقم التسجيل الوطني للطبيب :

أشهد بعد أن فحصت في هذا اليوم لاعب كرة القدم:

الاسم واللقب :

تاريخ ومكان الميلاد:

ووقفت بعد الفحص الطبي للمعني في اليوم المذكور، بأنه لا يعاني من نقص بدني، صحي أو بيولوجي يجعل حياته معرضة للخطر أثناء مشاركته في التدريبات أو المباريات المنظمة تحت إشراف الاتحاد الجزائري لكرة القدم وأي من رابطاته التابعة، وأصرح بأن اللاعب المعني مؤهل طبيا لممارسة نشاطات كرة القدم في صنفه و الصنف الأعلى.

حرر ب : في

(توقيع، وختم الطبيب)

تعهد النادي

يتعهد كل من طبيب النادي، رئيس النادي و الأمين العام للنادي بأن الملف الطبي (PCMA) للموسم 2025-2026 (للاعب المذكور أعلاه بحوزة النادي و يوضع تحت تصرف الهيئات في حال أي طلب للمراقبة .

طبيب النادي
الختم والتوقيع

الأمين العام للنادي
الختم والتوقيع

رئيس النادي
الختم والتوقيع