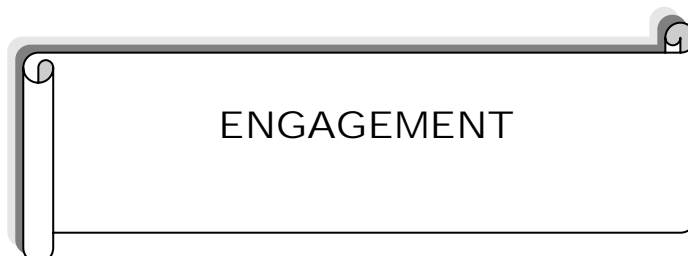


FEDERATION ALGERIENNE DE FOOTBALL

LIGUE REGIONALE DE FOOTBALL D'ORAN



Je soussigné M.....président
du CSA de.....m'engage à respecter
scrupuleusement les clauses ci-dessous énumérées (conformément aux
dispositions de la FAF).

1er

d'interdire à tous les athlètes du CSA, la consommation des produits dopants.

2ème

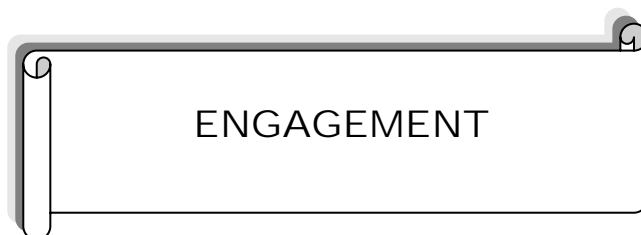
de faire participer l'encadrement technique du CSA aux réunions et séminaires organisés par la FAF et ligue.

3ème

de respecter les règlements généraux de la FAF.

Fait à.....le.....

FEDERATION ALGERIENNE DE FOOTBALL LIGUE REGIONALE DE FOOTBALL D'ORAN



**Je soussigné M.....Président
du CSA de.....m'engage à respecter
les domiciliations des matches de Coupe d'Algérie.**

Fait à.....le.....

Formations engagées en championnat / coupe dans les divisions du ressort de la ligue.

	Compétition	Seniors	Juniors	Cadets	Minimes
Championnat	Engagement				
Engagement Coupe					

(Une croix dans une case indique l'engagement d'une formation)

Sigle de l'équipe engagée :

Couleurs :

1^{ère} domiciliation :

2^{ème} domiciliation :

(Joindre attestations de domiciliation dûment visées par la structure d'accueil)

Je déclare en outre accepter les statuts et règlements de la F.A.F.

Ale

Le Président de l'Association Sportive

RESERVE A LA LIGUE

Code Liguedemande enregistrée sous le n°

Sigle du CSA :Commune.....Date création.....

Sigle de l'équipe engagéeN.b de formationCode.....

Acceptation notifiée au CSA le

Copie adressée à la F.A.F le

FEDERATION ALGERIENNE DE FOOTBALL
LIGUE REGIONALE DE FOOTBALL D'ORAN

ENGAGEMENT COUPE D'ALGERIE

Je soussigné monsieur.....

Président du CSA *m'engage à participer en*

Coupe d'Algérie saison 2009/2010 dans les catégories suivantes :

	OUI	NON
▪ SENIORS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ JUNIORS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ CADETS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ MINIMES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mettre une croix dans la case concernée.

Fait à.....*le*.....

VISA ET GRIFFE DU PRESIDENT

FEDERATION ALGERIENNE DE FOOTBALL

LIGUE REGIONALE DE FOOTBALL D'ORAN

BORDEREAU DE DEMANDE DE LICENCES

CATEGORIES :

- SENIORS /___/
- JUNIORS /___/
- CADETS /___/
- MINIMES /___/
- FEMININES /___/

NOM DU CLUB :

Sigle du club :

Je soussigné,.....Secrétaire du Club.....

Atteste sur l'honneur que toutes les informations fournis sont conformes à la réalité.

LE SECRETAIRE

Fait àle.....

CADRE RESERVE A LA LIGUE

ENREGISTREE A LA LIGUE

Le

Sous le N°.....

Licences jointes /___/___/

Licences rejetées /___/___/

Licences Acceptées /___/___/

BORDEREAU DEPOSE A LA LIGUE

Le

INSTRUCTIONS GENERALES

(à lire attentivement avant de procéder au remplissage du bordereau)

Le Bordereau doit être rempli RECTO-VERSO en triple exemplaires, les informations étant destinées à être exploitées sur ordinateur il conviendra d'apporter le plus grand soins.

Le remplissage de toutes les cases doit se fait impérativement en caractère majuscules d'imprimerie.

AU VERSO

Case de 2 à 10 sont à remplir par le club.

Les Noms, Prénoms, Fils de et dernier club quitté doivent cadrer à gauche.

Ex. : MOHAMED /_M/_O/_H/_A/_M/_E/_D_/

Date de Naissance sous la forme JJ – MM – AA

Ex. : 03 Août 1983 /_0/_3/_0/_8/_8/_3_/

Lieu de Naissance (Commune) se référer au code postal en vigueur.

Ex. : DELY IBRAHIM /_1/_6/_3/_2/_0_/

Nature de la licence : Utiliser la condition suivante :

- NN – Nouvelle licence.
- RR – Renouvellement même catégorie.
- RS – Renouvellement en catégorie Supérieure.

Pour la catégorie : S - SENIOR
M - MINIME
C - CADET
J - JUNIOR.
F - FEMININE

La ligue sera fondée à rejeter tout bordereau non-conforme aux spécifications.

FEDERATION ALGERIENNE DE FOOT BALL
LIGUE REGIONALE DE FOOTBALL D'ORAN

DEMANDE DE LICENCE JOUEUR

PHOTO

Je soussigné,

Nom : Prénoms

Date et lieu de Naissance :

Fils de :et de :

Adresse personnelle :

m'engage en qualité de joueur au sein du club de Football
pour la saison 2009/2010.

De même que je m'engage à respecter :

- Les lois du jeu.
- Les règlements généraux de la Fédération Algérienne de Football.
- L'éthique et la morale sportive.

SIGNATURE LEGALISEE DU JOUEUR

SIGNATURE DU PRESIDENT DU CLUB

Jointes :

1. Libération pour les joueurs sous contrat en cour de validité
2. Dossier médical.

FEDERATION ALGERIENNE DE FOOT BALL
LIGUE REGIONALE DE FOOTBALL D'ORAN

PHOTO

DEMANDE DE LICENCE DIRIGEANT

Je soussigné,

Nom :

Prénoms :

Date et lieu de naissance :

Fils de :et de :

Adresse personnelle :

.....

m'engage en qualité de dirigeant au sein du club :

saison 2009/2010

De même que je m'engage à respecter :

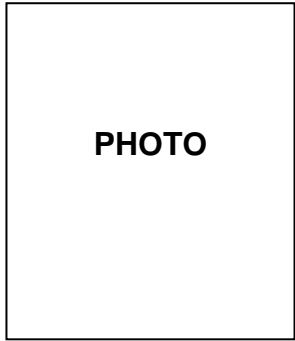
- Les règlements généraux de la Fédération Algérienne de Football.
- L'éthique et la morale sportive.

SIGNATURE DU DIRIGEANT

NOM ET PRENOMS DU PRESIDENT DU CLUB

SIGNATURE

FEDERATION ALGERIENNE DE FOOT BALL
LIGUE REGIONALE DE FOOTBALL D'ORAN



DEMANDE DE LICENCE ENTRAINEUR

Je soussigné,

Nom :

Prénoms :

Date et lieu de naissance :

Fils de :et de :

Adresse personnelle :

.....

m'engage en qualité d'entraîneur de football au sein du club :

pour une période desaison(s).

De même que je m'engage à respecter :

- Les règlements généraux de la Fédération Algérienne de Football.
- L'éthique et la morale sportive.

Case réservée pour avis de la D.T.R.

SIGNATURE DE L'ENTRAINEUR

NOM ET PRENOMS DU PRESIDENT DU CLUB

SIGNATURE

RESERVES :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

REMARQUES – INCIDENTS :

.....

.....

.....

.....

.....

JOUEURS REMPLACANTS

Equipe Locale				Equipe visiteuse		
N° . E	N° .S	MN		N° .E	N° .S	MN

FAIT, A LE

SIGNATURE DE L'ARBITRE

DOSSIER MEDICAL

LICENCE

- ❖ *Le dossier médical obligatoire préalable à l'obtention d'une licence comporte :*
 - 1. Certificat médical de non contre -indication à la pratique sportive.*
 - 2. Electrocardiogramme (ECG), commenté réalisé avec 12 dérivations.*

- ❖ *Les deux documents doivent être et signés lisiblement par un médecin généraliste ou spécialiste qui devra y apposer sa griffe.*

- ❖ *Toute suspicion diagnostique concernant la lecture de l'ECG devra obligatoirement mener d'un examen cardiologie spécialisé avec les investigations nécessaires demandées par le spécialiste (Bilan biologique, Echocardiographie, test d'effort, etc...).*

- ❖ *Pour tous les joueurs de moins de 17 ans, le dossier médical doit comporter de plus une copie du carnet de vaccination, dûment mis à jour, conformément aux directives du plan national de vaccination.*

FEDERATION ALGERIENNE DE FOOT BALL

LIGUE REGIONALE DE FOOT BALL D'ORAN

Certificat Médical

Je, soussigné, le Dr, Médecin du club

Certifié avoir examiné les résultats des examens suivants subis par le joueur :

Nom : Prénoms :

Date de Naissance :

Examens subis :

- ⇒ Antécédents médicaux :
- ⇒ Antécédents chirurgicaux :
- ⇒ L'appareil cardio-vasculaire : (ECG ou une échocardiographie interprétée)
- ⇒ Pleuro pulmonaire :
- ⇒ L'appareil locomoteur :
- ⇒ Ophtalmologique : (Acuité visuelle)
- ⇒ Bucco dentaire : (attestation du chirurgien dentiste)
- ⇒ Biologique : (groupage, glycémie, créatinine, FNS)
- ⇒ Remarques :

Et déclare qu'après étude des examens ci-dessus cités que le joueur
ne présente aucune contre indication à la pratique du football.

SIGNATURE

N.B : Les documents des examens subis par le joueur sont conservés obligatoirement par le médecin du club et tenus à la disposition de la Ligue Régionale de Football si nécessaire.

**FÉDÉRATION ALGÉRIENNE DE FOOTBALL
COMMISSION MÉDICALE**

**CERTIFICAT MEDICAL DE BASE
SAISON 2009 - 2010**

JE, SOUSSIGNÉ, DOCTEUR EN MÉDECINE,
NOM :
PRÉNOMS :
N° CONSEIL DE L'ORDRE :

CERTIFIE AVOIR EXAMINÉ CE JOUR, SELON LES DIRECTIVES DE LA COMMISSION
MÉDICALE DE LA FAF (DOSSIER MEDICAL DE BASE), LE JOUEUR

NOM :
PRÉNOMS :
NÉ LE :

ET

CERTIFIE N'AVOIR CONSTATÉ, À LA DATE DE CE JOUR, AUCUN SIGNE CLINIQUE OU
BIOLOGIQUE, QUI CONTRE-INDIQUE LA PRATIQUE DU FOOTBALL

À

LE

NOM LISIBLE, SIGNATURE ET GRIFFE DU MÉDECIN

VISA ET CACHET PRÉSIDENT DU CLUB

VISA ET CACHET SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DU CLUB

DOSSIER MÉDICAL DE BASE

(TOUS AGES ET NIVEAUX SAUF SENIORS LNF ET LIRF)

JOUEUR :

NOM : _____ PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ (JOUR / MOIS / ANNEE)

CLUB : _____

1. CARACTERISTIQUES

Poste gardien de but défenseur
 milieu attaquant

Latéralisation gaucher droitier Les 2 pieds

Nombre de matches disputés ces 12 derniers mois _____

2. ANTECEDENTS MEDICAUX :

2.1 PATHOLOGIES ACTUELLES ET PASSES

Général	non	oui, dans les 4 dernières semaines	oui, il y a plus de 4 semaines
Symptômes de la grippe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infections (surtout virales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fièvre rhumatismale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coups de chaleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commotion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie nourriture/insectes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cœur et poumon	non	Dans les 4 dernières semaines au repos... pendant/après l'effort	Il y a plus de 4 semaines au repos...pendant/après l'effort
Douleur ou oppression thoracique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Souffle court	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Toux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Bronchite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Palpitations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Arythmie cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Autres problèmes cardiaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Vertiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Syncope	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	non	oui, dans les 4 dernières semaines	oui, il y a plus de 4 semaines
Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffle au cœur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Profil lipidique anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crises, épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conseillé d'arrêter le sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatigué plus vite que coéquipiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrhées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	non	père	mère	frère/sœur	autre
Mort subite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mort subite (infantile)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie coronarienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiomyopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syncope à répétition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arythmie cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transplantation cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirurgie cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pacemaker/Défibrillateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syndrome de Marfan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noyade inexplicée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accident de voiture inexplicé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AVC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (arthrite, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. EXAMEN PHYSIQUE GENERAL

Taille _____cm Poids : _____kg

Glande thyroïde normal anormal
 Nœud lymphatique/rate normal anormal

Poumons

Percussion normal anormal

Respiration normal anormal

Abdomen

Palpation normal anormal

Symptômes du syndrome de Marfan

- non oui, précisez :
- déformation du thorax
 - long bras et longues jambes
 - pieds plats
 - scoliose
 - dislocation du cristallin
 - autre _____

4. SYSTEME CARDIOVASCULAIRE

Rythme normal arythmique

Son normal anormal, précisez :
 dédoublement
 paradoxal
 3^e son
 4^e son

Souffle non oui, précisez :
 systolique – intensité ____/6
 diastolique – intensité ____/6
 claquements
 changements durant la manœuvre de Valsalva
 changements après s'être levé brusquement

Œdème périphérique non oui

Veine jugulaire (position à 45°) normal anormal

Reflux hépato-jugulaire non oui

Vaisseaux sanguins

Pouls périphérique palpable non palpable

Bruits vasculaires non oui

Varices non oui

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

Cheville _____ / _____ mmHg

	Électrode												
	I	II	III	aVR	aVL	AVF	v1	v2	v3	V4	V5	V6	
Baisse des ondes ST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aplatissement des ondes T	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Inversion des ondes T	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Repolarisation prématurée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Résumé de l'analyse de l'ECG normal anormal

5. RESULTATS SANGUINS (A JEUN)

Hémoglobine _____ mg/dl
 Hématocrite _____ %
 Érythrocytes _____ mg/dl
 Thrombocytes _____ mg/dl
 Leucocytes _____ mg/dl
 Glucose _____ mmol/l

6. RESUME DE L'EVALUATION

Suspicion de pathologie cardiaque

non oui, précisez :

Autres pathologies

non oui, précisez :

APTE A LA PRATIQUE DU FOOTBALL oui non

MEDECIN EXAMINATEUR ET INSTITUTION

Nom : _____

Adresse :

Téléphone : _____ Fax :

Courriel _____

Date : _____ Signature :
