

- 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
-------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------