الاتحاد الجزائــــري لكرة القدم

**F**ÉDÉRATION **A**LGÉRIENNE DE **F**OOTBALL

**C**OMMISSION **M**ÉDICALE **F**ÉDÉRALE

Demande

de

Surclassement

« Garçons et Filles »

* **DOUBLE SURCLASSEMENT,**

* **SURCLASSEMENT U19 EN SÉNIORS,**

NOM ………**……..**………PRÉNOM…………**……………………….**…………

DATE DE NAISSANCE : ………………**……………**……………………………..…

SEXE : …F   ………………M………………………………………………….……

 NUMÉRO DE LICENCE : ………………**………….**…………………………………

 ADRESSE : ………………**……………………………………………**……………………

LIGUE : ……………………………**…**………………………………………………

**PREAMBULE**

 CLUB : ……………………………**…………………..** …………………………

L’examen médical de surclassement est destiné à juger de l'aptitude à pratiquer le football en catégorie supérieure. Les critères morphologiques sont essentiels mais les autres paramètres, notamment ostéo-articulaires et cardiovasculaires sont importants d'autant que le (a) jeune joueur (se) surclassé (e) sera soumis (e) à une charge d'entrainement plus importante ainsi qu'au contact de joueurs (es) d'une catégorie supérieure dont la morphologie et la condition physique sont à prendre en considération. Cette demande doit être adressée, sous pli confidentiel, à la commission médicale fédérale, au siège du Centre Technique National de la FAF, à Sidi-Moussa.

**NB : tout dossier incomplètement rempli ne sera pas recevable.**

**DEMANDE DU CLUB**

Après avoir pris connaissance du préambule, je soussigné …………………………………………………….

Président, du club de…………………. …sollicite pour la joueuse :

Nom : ………………………………………………..………………………… Prénom (s): ………………………………………………………………………….…..…………………

Date de Naissance : ………………………………………………… Numéro de Licence : …………………………………………………………

Délivrée par la Ligue : ………………….…… ………………..……..… Evoluant en catégorie : …………….……… …………………

L’autorisation de pratiquer en catégorie : ………………………………….…….………………

J’atteste que cette joueuse est assurée pour pratiquer en cette catégorie.

**N.B : Cette demande doit obligatoirement s’accompagner du dossier médical PCMA du joueur complété par une échocardiographie récente.**

Date : Signature et cachet

**AUTORISATION DES PARENTS OU DU TUTEUR LÉGAL**

Après avoir pris connaissance du préambule, je soussignée : ……………………………………… ……………

Carte d’identité/Permis de conduire N° : …………..…………………………….. délivré(e) le : ………………………………………

par : …………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………..……

Responsable légal de la joueuse : ……………………………………………………………………………….………… …………………………………..

lui donne l’autorisation de se soumettre à l’examen médical de surclassement des joueuses prévu pour obtenir l’autorisation de pratiquer en catégorie supérieure

…………………..... et , en cas d’aptitude, je l’autorise à participer à ces compétitions.

Date :…………………………………………………………… Signature légalisée

**AVIS DE LA COMMISSION MÉDICALE FÉDÉRALE**

Ayant pris connaissance du dossier PCMA de joueuse :

…………………………………………………………..…… …..…………….……………. et des conclusions de l’examen médical pratiqué par le médecin fédéral, le Dr : ………………………………………………………….…………………………………………

La commission médicale fédérale, décide de l’avis :

  **Favorable**

  **Défavorable** « préciser »...……………………………………………………………….…………………………

………………………………………………………………………………………………………….…………….……………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………..

……………………………………………………………………………………………………………………….….…………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………..

Date : ………………………. ……….. Signature et Cachet :……………………………………….