# logo fafاالتحاد الجزائري لكرة القدم

FEDERATION ALGERIENNE DE FOOTBALL

## لوالية الجزائر

**كرة القدم**

**رابطة**

### LIGUE DE FOOTBALL WILAYA D’ALGER

***CONSTITUTION DU DOSSIER D’ENGAGEMENT***

***Saison 2020-2021***

1. Fiche d’engagement dans les compétitions (à remplir sur l’application foot ‘up).
2. \*Attestation de domiciliation délivrée par le gestionnaire de l’infrastructure sportive concernée dûment homologuée par la Commission d’homologation des stades. (imprimé de la Ligue)
3. \*Une copie de l’agrément du Club.
4. \*Quitus délivré par la Ligue d’origine pour les Clubs changeant de Ligue ;
5. \*Attestation de paiement des éventuels arriérés (à récupérer au niveau du bureau du DAF).
6. \*Récépissé de la demande de subvention de la DJSL.

\* Les pièces 2 ,3 ,4 ,5 et 6 doivent être scannées et envoyées à la Ligue à l’aide de l’application foot’up.

NB : les demandes d’engagement se feront directement sur notre Site web [www.lwfa.dz](http://www.lwfa.dz/) , plate forme : www.https://footup.lfw-alger.org/

**االتحاد الجزائري لكرة القدم**

FEDERATION ALGERIENNE DE FOOTBALL

## لوالية الجزائر

**كرة القدم**

**رابطة**

### LIGUE DE FOOTBALL WILAYA D’ALGER

***Dossier de demande de licence***

***Saison 2020-2021***

### Toutes les demandes des Licences se feront directement sur notre Site web [www.lwfa.dz](http://www.lwfa.dz/) , plate forme : www.https://footup.lfw-alger.org/

**االتحاد الجزائري لكرة القدم**

FEDERATION ALGERIENNE DE FOOTBALL

## لوالية الجزائر

**كرة القدم**

**رابطة**

### LIGUE DE FOOTBALL WILAYA D’ALGER

**––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––**

**AUTORISATION PARENTALE A LA PRATIQUE DU FOOTBALL**

***Saison 2020-2021***

Je soussigné(e), Madame, Monsieur …………………………………………………

Père, Mère, Tuteur légal

De l’enfant (nom, prénom)………………………………………………………………..

Date de naissance de l’enfant …………………………… à …………………………..

Adresse………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………… Téléphone (domicile, portable) .………………………………………………………… Autorise mon enfant à pratiquer le football au sein du Club ………………

### Faite à ………………… Le ……………………

Signature légalisée à l’APC

|  |  |
| --- | --- |
| **FÉDÉRATION ALGÉRIENNE DE FOOTBALL COMMISSION MÉDICALE FEDERALE** | *Photo* |
| CERTIFICAT MEDICAL D’APTITUDEA LA PRATIQUE DU FOOTBALL AMATEUR DE COMPETITION SAISON2020 - 2021 |
| *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 (l’) : joueur/entraineur 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 …………………………….***Signature et* empreinte digitale *du concerné Le Président*** *(Nom, prénom et griffe)*(Joueur ou Tuteur légal / Entraineur) |



**FÉDÉRATION ALGÉRIENNE DE FOOTBALL COMMISSION MEDICALE**

**JOUEUR / ENTRAINEUR:**

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : (JOUR / MOIS / ANNEE)

CLUB : \_ \_

1. **CARACTERISTIQUES**(JOUEUR)

Poste

gardien de but Milieu

défenseur attaquant

Latéralisation

gaucher

droitier

Les 2 pieds

Nombre de matches disputés ces 12 derniers mois

#### ANTECEDENTS MEDICAUX :

* 1. **PATHOLOGIES ACTUELLES ET PASSEES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Général** | **Non** | Oui, **dans les****4 dernières semaines** | Oui, **il y a plus de****4 semaines** |
| Symptômes de la grippe |  |  |  |
| Infections (surtout virales) |  |  |  |
| Fièvre rhumatismale |  |  |  |
| Coups de chaleur |  |  |  |
| Commotion |  |  |  |
| Allergienourriture/insectes |  |  |  |
| Allergie médicaments |  |  |  |
| **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 oppressionthoracique |  |   |   |
| Souffle court |  |   |   |
| Asthme |  |   |   |
| Toux |  |   |   |
| Bronchite |  |   |   |
| Palpitations |  |   |   |
| Arythmie cardiaque |  |   |   |
| Autres problèmescardiaques |  |   |   |
| Vertiges |  |   |   |
| Syncopes |  |   |   |
|  | **Non** | Oui, dans les**4 dernières semaines** | Oui, **il y a plus de****4 semaines** |
| Hypertension |  |  |  |
| Souffle au cœur |  |  |  |
| Profil lipidique anormal |  |  |  |
| Crises, épilepsie |  |  |  |
| Conseillé d’arrêter lesport |  |  |  |
| Fatigué plus vite quecoéquipiers |  |  |  |
| Diarrhées |  |  |  |

* 1. **ANTECEDENTS FAMILIAUX (PARENTS HOMMES DE MOINS DE 55 ANS, PARENTS FEMMES DE MOINS DE 65 ANS)**

##### Non Ere Mère Frère/Sœur Autre

Mort subite

Maladie coronarienne Hypertension Arythmie cardiaque Chirurgie cardiaque Syndrome de Marfan

Accident de voiture inexpliqué Diabète

Autres (arthrite, etc.)

Cancer

AVC

Noyade inexpliquée

Pacemaker/Défibrillateur

Transplantation cardiaque

Syncope à répétition

Cardiomyopathie

Mort subite (infantile)

1. **EXAMEN PHYSIQUE GENERAL**

Taille cm Poids : kg

Glande thyroïde

Nœud lymphatique/rate

normal normal

anormal 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

#### SYSTEME CARDIOVASCULAIRE

Rythme

normal

arythmique

Son

normal

anormal, précisez : dédoublement paradoxal

3e son 4e 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

* 1. **ECG 12 ELECTRODES\* EN POSITION ALLONGEE SUR LE DOS APRES 5 MINUTES DE REPOS**

\* Joindre en copie

Rythme/conduction normal anormal, précisez :

battements ventriculaires prématurés battements supraventriculaires prématurés tachycardie supraventriculaire

arythmie ventriculaire flutter auriculaire/fibrillation

grande amplitude (onde delta) bloc atrio-ventriculaire, précisez :

premier degré second degré type I second degré type II troisième degré

Indices temporels PQ ms QRS ms QTc ms

Dilatation auriculaire

ou

non

oui, gauche (partie négative de l’onde P dans V1≥0,1mV en amplitude et ≥0,04 s en durée) oui, droite (pic d’onde P dans électrodes II et III

V1≥0,25mV en amplitude)

Dépolarisation/complexe QRS

Axe normal anormal (≥+120° ou -30° à -90°)

Voltage

normal

anormal

Hypertrophie du ventricule gauche

non

oui

Ondes Q

Bloc de branche

normal non

anormal (>0,04 s en durée ou >25% en

amplitude des ondes R ou QS à 2 électrodes ou plus

oui, précisez :

gauche complet (>0,12 s) droit complet (>0,12 s) antérieur gauche incomplet postérieur gauche incomplet incomplet droit

Onde R

normal

onde R ou R’ pathologique dans l’électrode V1 (≥ 0,5mV en amplitude + R/S ratio ≥1)

Autres

Repolarisation (segment ST, ondes T, intervalle QT)

Normal

Baisse des ondes ST Aplatissement

des ondes T

Anormal, précisez : Électrode

I II III aVR aVL AVF v1 v2 v3 V4 V5 V6

Inversion des ondes T Repolarisation prématurée

##### Résumé de l’analyse de l’ECG

Normal

Anormal

#### RESULTATS SANGUINS (A JEUN)

Hémoglobine mg/dl

Hématocrite %

Érythrocytes mg/dl

Thrombocytes mg/dl

Leucocytes Glucose

#### RESUME DE L’EVALUATION

##### Suspicion de pathologie cardiaque

 mg/dl

 mmol/l

Non Oui, précisez :

##### Autres pathologies

Non Oui, précisez :

#### APTE A LA PRATIQUE DU FOOTBALL

**Oui**

**Non**

Courriel

Date : Signature

Téléphone : Fax :

Nom :

Adresse :

**MEDECIN EXAMINATEUR ET INSTITUTION**