



الاتحاد الجزائري لكرة القدم

FEDERATION ALGERIENNE DE FOOTBALL

الرابطة الولائية لكرة القدم بومرداس



LIGUE DE FOOTBALL WILAYA DE BOUMERDES

DEMANDE DE LICENCE MEDECIN

Joindre deux (2)
photos à fond blanc
Ne pas agraffer
Ne pas coller

Je soussigné,

Nom : Prénoms :

Date et lieu de naissance :

Fils de : et de :

Adresse personnelle :

M'engage en qualité de Médecin au sein du club

Pour la saison : **2021/ 2022**

Groupe sanguin :

De même que je m'engage à respecter

- les règlements généraux de la Fédération Algérienne de Football
- l'éthique et la morale sportive.

Joindre le Contrat

Signature du Médecin .

Nom et Prénoms du président du club
Signature