



الاتحاد الجزائري لكرة القدم

FEDERATION ALGERIENNE DE FOOTBALL

الرابطة الولائية لكرة القدم بومرداس



LIGUE DE FOOTBALL WILAYA DE BOUMERDES

**DEMANDE DE LICENCE
SOIGNEUR**

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 d'Assistant médical 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.

Signature de l'Assistant Médical.

Nom et Prénoms du président du club
Signature