**Photo**

**RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N° d’identification Nationale**(CIN biométrique ou S12)  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Catégorie** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Club** |  | **Wilaya** |  | **C.W** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom  |  | Prénoms  |  | Sexe | **FM** |
| Né(e) le |  | A |  | Gp. Sanguin |  |
| Adresse  |  |
| Nationalité  |  |
| Nom du père  |  | Prénoms du père |  |  |  |  |
| Nom de la mère |  | Prénoms de la mère |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Club Quitté** |  | **Wilaya** |  | **C.W** |  |
|  |

**CERTIFICAT MEDICAL**

Je soussigné(e) Docteur ……………………………………………………………………………………… certifie que l’examen de

L’athlète……………………………………….………ne révèle pas de contre-indication à la pratique de l’athlétisme.

Certificat établi à……………………….…….Le………………………………..…… Cachet & Signature du médecin

**Signature de l’Athlète Visa et Signature du Club Visa et signature de la Ligue Wilaya**

**IMPORTANT :Toutes les informations de la présente demande, relèvent de la responsabilité exclusive du club notamment le certificat médical d’aptitude et l’assurance de l’athlète.**

**Dossier à Joindre avec le formulaire :**

* **01 photo d’identité récente.**
* **Copie de la carte d’identité Biométrique ou copie du Passeport ou copie du S12.**
* **Autorisation paternelle légalisée par l’APC pour les mineurs.**