**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.**