



الاتحادية الجزائرية لكرة القدم
الرابطة الجهوية لكرة القدم - ورقلة-
الرابطة الولائية لكرة القدم الوادي



CERTIFICAT MEDICAL

Nom : Prénom :

Groupe sanguin :

Date et lieu de naissance : à

Examens subis

MEDECINE GENERALE (EXAMEN CLINIQUE)	
.....	Cachet du médecin Date :
OPHTALMOLOGIE (ACUTE VISUELLE)	
.....	Cachet du médecin Date :
ELECTROCARDIOGRAMME (E.C.G)	
.....	Cachet du médecin Date :

Toute demande d'engagement ne signifie pas que l'arbitre est retenu conformément au règlement de l'arbitre et de l'arbitrage