

Certificat Médical

Je soussigné :

Docteur

Médecin du Certifie avoir examiné

ce jour le (la) prénommé (e)

Né (e) :

et n'ayant constaté aucune indication à la pratique du sport dans sa catégorie d'âge.

Certificat délivré à l'intéresse (e) pour servir et valoir ce que de droit.

A Le,

Cachet et signature du Médecin

ROYAUME DU MAROC

المملكة المغربية

MINISTRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

وزارة الشباب والرياضة

Secrétariat général

تعمير عمالة



Direction des sports

Délégation

مديرية الرياضات

ندابة إقليم



Fiche de joueur

Ecole de sport.....

Equipe de quartier.....

Nom:

Prénom:

Date et lieu de naissance:

Adresse :

Téléphone (parent ou tuteur) Dom :

Téléphone (parent ou tuteur) portable :

Cachet et signature du délégué provincial

المؤسسة:

العنوان

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

وزارة التربية الوطنية والتعليم العالي

وتكوين الأطر والبحث العلمي

قطاع التربية الوطنية

الإكاديمية الجهوية للتربية والتكوين

جهة

شهادة مدرسية رقم:

يشهد الموقع أسفله، السيد (ة):

بصفته:

أن التلميذ (ة):

المولود (ة) في: بتاريخ:

والمسجل (ة) تحت رقم:

--	--	--	--	--

يتابع دراسته (ها):

كان يتابع دراسته (ها) بقسم:

وقد غادر (ت) المؤسسة بتاريخ:

الرقم الوطني:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

اللغة الأجنبية القابلة:

ملاحظات:

حرر ب: في:

ختم المؤسسة



المملكة المغربية

وزارة الشباب والرياضة

الكلية العلمية

معمارية بالرياضات

جهة:

ولاية إقليم:

ترخيص الأب أو الولي

أنا الموقع أسفله:

الإسم الشخصي و العائلي:

حامل البطاقة التعريف الوطنية رقم:

العنوان:

أرخص لابني (تي) نمكولي (تي)

الإسم الشخصي والعائلي:

بممارسة الأنشطة الرياضية التي تنظمها وزارة الشباب والرياضة إقليمي

وجواليا، ووطنيا

توقيع الأب أو الولي