

ترخيص للاعب أقل من 17 سنة بالمشاركة مع صنف الأكابر

أنا الممضي أسفله المدير الفني (أو مدرب) النادي الرياضي
ورمزه: والمسمى الحامل للإجازة
..... الصادرة عن رابطة لكرة القدم للموسم الرياضي 2024-
2025.

أؤكد الجاهزية الصحية والبدنية للاعب: (صنف أقل من 17 سنة)

المولود بتاريخ: والحامل للإجازة رقم: لنفس الموسم.

بالمشاركة في مباريات صنف أكابر خلال الموسم الرياضي (2024-2025) بدءا من تاريخ هذا
الطلب، بناء على الموافقة الطبية بذلك، وتكون مشاركته بعد إيداع هذا التصريح على مستوى الرابطة
(التي تدير منافسة صنف الأكابر للفريق).

تم ب: بتاريخ:

الموافقة الطبية

رئيس وختم النادي

المدير الفني (أو المدرب)