**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 تسير منافسة صنف الأكابر للفريق).**

 **تم ب: ................... بتاريخ: ........................**