



Association Membres :

ATTESTATION DE CONTROLE ANTIDOPAGE

Les soussignés :

(NOM DU PRESIDENT EN CAPITALES D'IMPRIMERIE) :

(NOM DU SECRETAIRE GENERAL EN CAPITALES D'IMPRIMERIE) :

(NOM DU MEDECIN D'EQUIPE EN CAPITALES D'IMPRIMERIE) :

Confirment par la présente

- (a) Que nous sommes informés du contrôle antidopage qui sera effectué par la CAF pendant tous les matches de ses éliminatoires et compétitions.
- (b) Que nous acceptons et sensibiliserons nos Joueurs qui participeront aux compétitions de la CAF.
- (c) Que les Joueurs seront soumis à la procédure de contrôle antidopage selon les règles établies par la CAF/FIFA et conformément au code mondial l'AMA (Agence Mondiale Antidopage)

Lieu :

Date :

Signatures:

PRESIDENT

SECRETAIRE GENERAL

Médecin d'équipe