



## CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

Je soussigné Docteur : .....

Certifie avoir examiné ce jour :

M, Mme : .....

Né(e) le : .....

Et n'avoir constaté aucune contre-indication médicale à la pratique en loisir et compétition

- Du Tir sportif.
- Du Tir à l'arc.

(Rayer les disciplines ou mentions qui ne s'appliquent pas)

Concernant le tir sportif et conformément à l'article L.231-2-3 du Code du Sport sur les disciplines à contraintes particulières, le présent certificat est valide pour une durée maximale de 1 an à compter de la date où il a été établi. Le présent certificat n'autorise pas la personne désignée à détenir ou faire une demande de détention d'arme soumise à autorisation.

Date : .....

Cachet

Signature