



Certificat Médical de non contre-indication à la pratique du Tir à l'Arc

Je, soussigné(e), Docteur

Demeurant :

Certifie avoir examiné ce jour :

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Au terme de mon examen, cet archer ne présente aucune contre-indication cliniquement décelable **à la pratique du Tir à l'Arc.**

Certificat établi le / /

Signature et cachet du médecin