

Certificat Médical

Je soussigné, Docteur

: _____

Demeurant à

: _____

Certifie avoir examiné ce jour M.

: _____

Né(e) le : ____ / ____ / ____ Demeurant à

: _____

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique du **tir à l'arc en compétition**

Fait à _____, le ____ / ____ / ____

Cachet du Médecin et Signature du médecin