



## 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**