CERTIFICAT MÉDICAL

Certificat médical de non contre-indication à l'encadrement et /ou à la pratique du Tir sportif

Saison 2026/2027

Je soussigné(e), Docteur .....

certifie avoir examiné ce jour conformément à l'article A.231-1 §5 du code sport :

Madame ☐ Monsieur ☐

Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le : ..... / ..... / .....

Et atteste n'avoir pas constaté à la date de ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant à l'encadrement et/ou à la pratique du Tir sportif en et hors compétition.

Et que son état de santé physique et psychique n'est pas incompatible avec la détention des armes et munitions.

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.

Date : ..... / ..... / .....

Cachet du médecin

Signature du médecin

CLUB PROVENCE TIR