

# **Certificat Médical de non contre-indication à la pratique du Tir à l'Arc en compétition**

Je, soussigné (e), Docteur .....

Demeurant : .....

Certifie avoir examiné ce jour

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Licencié au club de : .....

N° Licence F.F.T.A. : .....

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

Certificat établi le ...../ ...../ .....

Signature et cachet du Médecin