

# CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur :

.....

Certifie avoir examiné ce jour

Mademoiselle, Madame, Monsieur

.....

Né(e) le :     /     /

***Et avoir constaté, une absence de contre-indications  
à la pratique du Tir sportif et de loisirs***

Fait à ....., le     /     /

Cachet et signature du médecin :