



Certificat médical d'aptitude à la pratique sportive.

NOM :

Prénom :

Date : / / 20.....

L'intéressé ne présente aucune contre indication médicale à la pratique du tir à l'arc en compétition.

Cachet et signature du médecin :



Certificat médical d'aptitude à la pratique sportive.

NOM :

Prénom :

Date : / / 20.....

L'intéressé ne présente aucune contre indication médicale à la pratique du tir à l'arc en compétition.

Cachet et signature du médecin :



Certificat médical d'aptitude à la pratique sportive.

NOM :

Prénom :

Date : / / 20.....

L'intéressé ne présente aucune contre indication médicale à la pratique du tir à l'arc en compétition.

Cachet et signature du médecin :



Certificat médical d'aptitude à la pratique sportive.

NOM :

Prénom :

Date : / / 20.....

L'intéressé ne présente aucune contre indication médicale à la pratique du tir à l'arc en compétition.

Cachet et signature du médecin :