



**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 :