



Certificat Médical

*dans le cadre des articles 193, 194 et 195 des Règlements Sportifs de la FFT
pris en application des articles L. 231-2 à L. 231-2-1 du Code du Sport*

Je soussigné(e), **Docteur**

Demeurant:

Certifie avoir examiné ce jour :

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

Au terme de mon examen, M. ne présente aucune contre-
indication cliniquement décelable à la **pratique du Tir à l'Arc y compris en Compétition** .

Certificat établi le :

Signature et cachet du Médecin

Réservé au club : Licence FFTA N° :