



# 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° : .....