

CERTIFICAT MÉDICAL

Non contre-indication à l'encadrement et / ou à la pratique du Tir Sportif

Saison 2026 / 2027

1. IDENTIFICATION DU MÉDECIN

Je soussigné(e), Docteur : _____

Certifie avoir examiné ce jour, conformément à l'article A.231-1 §5 du Code du sport :

2. IDENTIFICATION DU PATIENT

Civilité : ☐ Madame ☐ Monsieur

NOM : _____ PRÉNOM : _____

Né(e) le : _____

Et atteste n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant l'encadrement et/ou la pratique du **Tir sportif** (en et hors compétition).

Atteste également que son état de santé physique et psychique **n'est pas incompatible avec la détention et l'acquisition d'armes et de munitions.**

Conformément aux articles L.231-2-3 du Code du Sport sur les disciplines à contraintes particulières, le présent certificat est valide pour une durée maximale de 1 an.

CACHET DU MÉDECIN

Fait à : _____

Le : / / 202...

Signature du médecin :