



Certificat Médical de non contre-indication à la pratique du Tir à l'Arc.

Je, soussigné(e), Docteur :

N°:

Demeurant :

Certifie avoir examiné ce jour :

Nom, Prénom :

Date de naissance : / /

Licencié au club: **Les Archers de la Ténarèze et du Gabardan (A.T.G.)**

N°licence F.F.T.A :

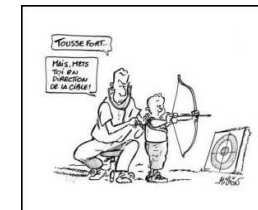
Au terme de mon examen, cet archer ne présente aucune contre-indication cliniquement décelable à la pratique du Tir à l'Arc :

- ☐ en club.
- ☐ en compétition.
- ☐ en parcours.

Certificat établi le : / /

Signature et cachet du médecin

Exemplaire à conserver



Certificat Médical de non contre-indication à la pratique du Tir à l'Arc.

Je, soussigné(e), Docteur :

N°:

Demeurant :

Certifie avoir examiné ce jour :

Nom, Prénom :

Date de naissance : / /

Licencié au club: **Les Archers de la Ténarèze et du Gabardan (A.T.G.)**

N°licence F.F.T.A :

Au terme de mon examen, cet archer ne présente aucune contre-indication cliniquement décelable à la pratique du Tir à l'Arc :

- ☐ en club.
- ☐ en compétition.
- ☐ en parcours.

Certificat établi le : / /

Signature et cachet du médecin

Exemplaire à remettre au club