



# CERTIFICAT MÉDICAL

**Certificat médical de non contre-indication à  
l'encadrement et / ou à la pratique du Tir sportif**

**Saison 2024/2025**

Je soussigné (e), Docteur .....

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

Monsieur

Madame

Nom : .....

Prénom : .....

Né (é) le : ..... à .....

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

Et que son état de santé physique et psychique n'est pas incompatible avec la détention des armes et munitions.

Conformément à l'article 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 à compter de la date où il a été établi.

Date : .....

Cachet du médecin

Signature du médecin