

# Certificat Médical

Je, soussigné(e), Docteur

.....

Demeurant :

.....

.....

Certifie avoir examiné ce jour :

Nom : .

Prénom : .

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Licencié au club de : **Les Archers de la Cité**

N° licence : .....

Au terme de mon examen, cet archer ne présente aucune contre-indication cliniquement décelable :

à la **pratique du tir à l'arc**

à la **pratique du tir à l'arc en compétition**

à la **pratique du run archery en compétition**

Certificat établi le ..... / ..... / .....

Signature et cachet du médecin