CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné Docteur : ……

Certifie avoir examiné : ……

Né(e) le : ... /... /…… et n'avoir constaté à ce jour aucun signe clinique contre indiquant la pratique du tir à l'arc, y compris en compétition.

Fait à : ……..

Le : ... /... /……

Cachet et signature du médecin

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné Docteur : ……

Certifie avoir examiné : ……

Né(e) le : ... /... /…… et n'avoir constaté à ce jour aucun signe clinique contre indiquant la pratique du tir à l'arc, y compris en compétition.

Fait à : ……..

Le : ... /... /……

Cachet et signature du médecin