

Je soussigné(e) Docteur.....

Demeurant.....

Certifie avoir examiné ce jour :

Nom :.....

Prénom :

Date de Naissance :.....

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

- ☐ **à la pratique du Tir à l'arc**
- ☐ **à la pratique du Tir à l'arc en compétition**
- ☐ **à la pratique du Tir à l'arc en discipline de parcours**
- ☐ **à l'arbitrage du Tir à l'arc**
- ☐ **a la pratique des disciplines de parcours**

Nombre de croix : ☐

DATE :