



Certificat médical de non contre indication à la pratique du tir à l'arc

Je soussigné Dr, certifie que :

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE

Ne présente aucune contre indication à la pratique du Tir à l'Arc en Loisirs et en Compétition

Date :

Cachet et Signature :

Observations éventuelles :