



Association Sportive de Tir à l'Arc
WERVICQ-SUD

CERTIFICAT MEDICAL

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

Je soussigné Docteur _____ certifie avoir examiné ce jour

Mr / Mme / Melle _____ né(e) le : _____

Au terme de cet examen, le patient ne présente aucune contre-indication cliniquement décelable
à la **pratique du tir à l'arc**

y compris en compétition

cachet

Fait à _____, le _____