



# CERTIFICAT MEDICAL



***Certificat médical de non contre-indication à la pratique du Tir Sportif***

**Saison 202\_ / 202\_**

Je soussigné (e), Docteur en Médecine .....

Certifie avoir examiné ce jour : Monsieur  Madame

Nom : .....

Prénom : .....

Né (e) le : .....

Et n'avoir pas constaté à la date de ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique du Tir Sportif en, et hors compétition.

Conformément à l'article L.231-2-3 du Code du Sport sur les disciplines à contraintes particulières, le présent certificat est valide pour une durée maximale de 1 an à compter de la date où il a été établi.

Date :

Cachet du médecin

Signature du médecin

***Textes de références :***

*Code du Sport : L.231-2*

*L.231-2-3*

*D.231-1-5 §3*

*A.231-1 §5*