



CERTIFICAT MÉDICAL

Certificat médical d'aptitude à la pratique du ball-trap et du tir sportif

Je soussigné(e), Docteur *N. Blanchard*

Certifie avoir examiné ce jour conformément à l'article A.231-1 §5 du code du sport :

☒ Monsieur

☐ Madame

Nom : *LELOANNIER*

Prénom : *Karl*

Né(e) le : *26.02.92*

Je certifie ne pas avoir constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique du ball-trap et du tir sportif, y compris en compétition.

J'atteste que son état de santé physique et mentale est compatible avec la détention et l'utilisation d'armes à feu et de munitions.

Conformément à l'article L.231-2-3 du code du sport sur les disciplines à contraintes particulières, la durée de validité du présent certificat est limitée à 1 an à compter de la date où il a été établi.

Date : *28.11.2014*

Cachet du médecin

Signature du médecin

Docteur **BLANCHARD Valérie**
01 - Généraliste conventionné
19 rue Marceau
28300 CHAMPHOL
N RPPS: 10002091899
N AM: 281022160