



CERTIFICAT MÉDICAL



Certificat médical d'aptitude à

la pratique du ball-trap et du tir sportif

Je soussigné(e), DocteurDORE.....

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

Monsieur Madame

Nom :AUDELIN

Prénom :Arnaud

Né(e) le : 10 / ...11... / 1984.....

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 : 09.../12 / 2025..... Cachet du médecin Signature du médecin

Docteur Philippe DORE
MÉDECIN GÉNÉRALISTE
76940 LA MAILLERAYE S/SEINE
76 1 05 136 6 0 1 20 1 01