

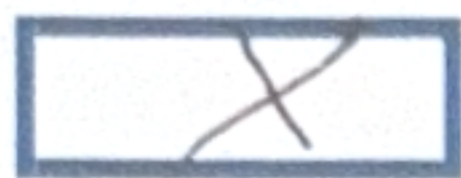


CERTIFICAT MÉDICAL

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

Je soussigné(e), Docteur *Roby TENEFO*

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



Monsieur



Madame

Nom : *KHOVAS*

Prénom : *SALA H*

Né(e) le : *21.10.1975*

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 : *30.10.2025*

Cachet du médecin

Signature du médecin

Docteur Roby TENEFO
35 - NÉPHROLOGUE Conventionné
Centre de NÉPHROLOGIE
131 Avenue John Kennedy
36000 CHATEAUX
36 1 00504 4 00 1 25