



# ARC CLUB ARAMON

Boulodrome Municipal 103 avenue du Général de Gaulle 30390 ARAMON

A .....le .....

Cachet du médecin

## ► CERTIFICAT MEDICAL ◀

Je soussigné Docteur.....

Certifie avoir examiné ce jour M.....

Né (e) le.....

Et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique du tir à l'arc.

### **Pour la participation aux compétitions :**

Et j'atteste l'absence de contre-indication à la pratique du tir à l'arc en compétition.

Signature

