



N° affiliation FFTA : 1017032



Certificat Médical
de
Non contre-indication
à la pratique du
Tir à l'Arc

au titre de **2018**

Je, soussigné(e),

Docteur

Demeurant :

Certifie avoir examiné ce jour :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Licencié(e) au club des **ARCHERS de Ré** dont le siège social est au 14 rue de
PHILIPPSBURG à SAINT-MARTIN de Ré 17410.

N° licence F.F.T.A [à remplir par l'intéressé(e)]:

Au terme de mon examen, cet(te) archer(ère) ne présente aucune contre-indication
cliniquement décelable **à la pratique du Tir à l'Arc** ainsi qu'**à la marche en terrain
éventuellement accidenté** sur 6 à 12km environs.

Certificat établi le / /
pour valoir ce que de droit.

Signature et cachet du médecin.