



N° affiliation FFTA : 1017032



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

Je, soussigné(e),

**Docteur** .....

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 archer ne présente aucune contre-indication cliniquement décelable **à la pratique du Tir à l'Arc en compétition** .

Certificat établi le .....

**Signature et cachet du médecin.**