**Certificat médical de non contre-indication**

**à l’encadrement et /ou à la pratique du ball-trap et tir sportif**

Je soussigné(e), Docteur ....................................................................................

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

|  |
| --- |
|   |

Monsieur Madame

Nom : .................................................................................

Prénom : ............................................................................

Né(e) le : …… / …… / ………..

Et atteste n’avoir pas constaté à la date de ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant à l’encadrement et/ou à la pratique du ball-trap et tir sportif en et hors compétition.

Et que son état de santé physique et psychique n’est pas incompatible avec la détention des armes et munitions.

Conformément à l’article L.231-2-3 du Code du Sport sur les disciplines à contraintes particulières, le présent certificat est valide pour une durée maximale de 1 an à compter de la date où il a été établi.

 Date : …… / …… / ………..

Cachet du médecin Signature du médecin