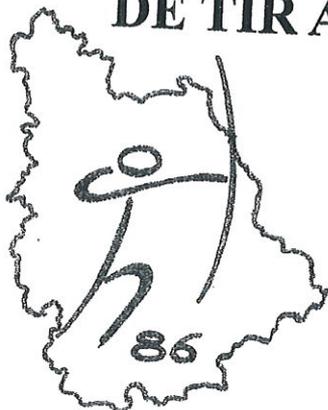


**COMITE
DEPARTEMENTAL
DE TIR A L ARC**



CERTIFICAT MEDICAL

UFOLEP 86

je soussigné(e), DOCTEUR.....certifie avoir examiné ce jour,

NOM:.....prénom:.....

*DATE de naissance:...../...../..... SEXE:.....masculinféminin
et n'avoir constaté AUCUNE CONTRE-INDICATION à la pratique sportive*

..... de loisir

..... de compétition

pour le (ou les) sport(s) suivant(s)

.....tir à l'arc

.....sarbacane

*remarques restrictives éventuelles pour certains sports.....
.....*

j'estime nécessaire une consultation spécialisée en Médecine du sport: OUI /NON

Date de l'examen:/...../.....

Signature:

cachet professionnel

nota bene:

- 1) *le certificat est obligatoire pour la délivrance de la licence,*
- 2) *TOUT Médecin Généraliste est habilité à la rédaction de ce certificat
-cocher toutes les cases concernées
-les cases laissées en blanc sont considérées comme négatives.*
- 3) *L'UFOLEP est une fédération MULTISPORT et la licence ouvre à toutes les activités d'ou la nécessité de préciser les
éventuelles contre-indications à certaines pratiques,*
- 4) *le responsable du club(ou départemental)doit conserver ce certificat U N AN (saison sportive)*