

**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:.....masculin .....féminin  
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)*