

## CERTIFICAT MEDICAL

---

Je soussigné(e), (nom et prénom)

docteur en médecine, déclare, après l'avoir interrogé et examiné, que le dénommé:

Nom:

Prénom:

né le

à

Adresse: rue

n°

Code postal:

Commune:

est

- apte
- inapte

à manipuler une arme à feu sans présenter de danger pour lui-même ou pour autrui.

La constatation de l'aptitude à manier une arme ne vaut que pour autant que le comportement physique et psychique du susnommé demeure identique à celui manifesté lors de la signature du présent certificat.

Date

Signature et cachet du médecin