

ATTESTATION MEDICALE EN MATIERE DE DETENTION D'ARME(S) A FEU

En application de l'article 11 § 3, 6° de la loi sur les armes,

je soussigné(e)
docteur en médecine, certifie que Monsieur/Madame/Mademoiselle

NOM :

Prénom :

Né(e) à, le

Domicilié(e)

Code postal : Commune :

ce jour, le

ne présente pas de contre-indication physique ou mentale à la détention d'une arme à feu au sens de la loi précitée.

Fait à, le

(Signature du médecin)

Cachet

P.S. : Attestation médicale non légalement requise pour

- conservation du patrimoine
- participation à des activités historiques, culturelles, scientifiques ou folkloriques
- titulaire d'une licence de tireur sportif en cours de validité
- intention de constituer une collection d'armes historiques