



URSTB-f
Sportif soumis à
la visite médicale
préalable

J'ai lu et j'ai compris la déclaration de vie privée

Signature de l'affilié(e) ou
du/de la représentant(e) légal(e) du/de la mineur(e)

A COMPLETER LISIBLEMENT EN CARACTERES D'IMPRIMERIE

Nom + prénom :

rue : n° : bte :

Code postal : Ville :

Pays : Tél/Gsm :

Date de naissance : Sexe : M ou F

e-mail :

Club n° : Province :

Pour les mineurs d'âge : voir verso

Cachet du Médecin

Certificat médical

Date :

Je soussigné, docteur en médecine,
n'a pas constaté à la date de ce jour chez :
de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique du tir sportif.

voir verso