

## Certificat Médical

Je soussigné, Docteur ..... certifie que  
..... ne présente aucune contre-indication à la  
pratique du Tir à l'Arc.

### Signature du Médecin

Année	Année	Année	Année

## Chapitre 2

## Autorisation d'intervention chirurgicale

Je soussigné(e), Mme, M.....

Agissant en tant que parent ou tuteur, autorise la F.F.T.A. ou son représentant  
légal à faire pratiquer sur ..... tout  
acte médical ou chirurgical d'urgence que nécessitera son état. J'accepte toute  
hospitalisation dans l'hôpital le plus proche.

### Signature des Parents

Année	Année	Année	Année