



NBM Groupe

152 rue du Temple
75003 Paris

ATTESTATION / CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e)

Docteur en Médecine, demeurant

.....

Déclare à ce jour M.Mme.....né(e) le

..... à

Apte :

- **à la pratique du tir sportif (y compris la compétition).**
- **à l'acquisition d'armes de catégorie D (armes de chasse de loisir et de tir sportif), soumises à enregistrement et dont la détention est libre, et que son état de santé physique et psychique n'est pas incompatible avec leur détention.**

Fait à,

Le.....

Cachet et signature du médecin