



**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 compléter lisiblement en caractères 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 au verso

