



Certificat Médical

Je soussigné, Docteur _____ certifie, avoir pris connaissance des éléments médicaux nécessaires à la pratique du tir à l'arc et considère que :

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

- ne présente aucune contre-indication à la pratique du tir à l'arc,
- est apte à participer aux compétitions de tir à l'arc.

Date :

Signature et cachet :

La pratique du tir à l'arc nécessite un état de santé physique incompatible avec certaines affectations dont il appartiendra au médecin examinateur d'en juger la valeur

Contre-indications absolues :

HTA sévère, non stabilisée
Angor d'effort
Cardiopathie sévère
Scoliose évolutive
Intervention chirurgicale récente

Psychiatrie (laissé à l'appréciation de l'examineur)

Contre-indications relatives :

Infarctus du myocarde
Pneumothorax récidivant
Affectations aiguës ne permettant pas un effort musculaire en apnée

Compagnie d'Arc « La Saint Sébastien »

Site : ciearc-roubaix.sportsregions.fr

Email : lasaintsebastien.roubaix@gmail.com