



# CERTIFICAT MÉDICAL



**Certificat médical de non contre-indication à l'encadrement et /ou à la pratique du  
Ball Trap / Tir sportif**

**Saison 2025/2026**

Je soussigné(e), Docteur ,.....

certifie avoir examiné ce jour, conformément à l'article A.231-1 §5 du Code du Sport :

☐ Madame / ☐ Monsieur

Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le : ...../...../.....

Et atteste n'avoir constaté, à la date de ce jour, aucun signe clinique apparent contre-indiquant la pratique du Ball Trap / Tir sportif, que ce soit en loisir ou en compétition.

Je certifie également que l'état de santé physique et psychique du/de la pratiquant(e) n'est pas incompatible avec la détention et l'usage d'armes et de munitions, conformément aux exigences de la Fédération Française de Ball Trap.

Ce certificat est établi dans le cadre des disciplines à contraintes particulières et est valide pour une durée maximale de 1 an à compter de sa date d'émission, conformément à l'article L.231-2-3 du Code du Sport.

Date :

Cachet du médecin :

Signature du médecin :