



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 : _____ n° : _____ bte :

rue : _____

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