



## CERTIFICAT MEDICAL DE NON-CONTRE-INDICATION à la pratique du AIRSOFT

Je soussigné(e) Docteur.....

certifie avoir examiné ce jour Monsieur / Madame .....

Né(e) le : ..... / ..... / .....

et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique du AIRSOFT

Fait à ....., le ..... / ..... / .....

Cachet et Signature du Médecin