

CERTIFICAT MÉDICAL POUR AFFILIATION 2025



UNIQUEMENT le format 10x15

Les formats A4, photocopies, etc. ne seront plus acceptés

	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)
	NOM PRENOM rue CP Localité Belgique Date de naissance Sexe Tel. _____ adresse mail _____	 *123456789*
Pour les mineurs d'âge : voir verso		
Cachet du Médecin	Certificat médical 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 verso	Date :

	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 COMPLETER LISIBLEMENT EN CARACTERES 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 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 verso	Date :

Merci

Le bureau URSTB-f