

**DETENTION D'ARME A FEU SOUMISE A**  
**AUTORISATION**

**CERTIFICAT MEDICAL**

Je soussigné \_\_\_\_\_ docteur en médecine,

Déclare avoir, le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_, personnellement interrogé et  
examiné le nommé :

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

**Et atteste par le présent qu'il est actuellement apte à manipuler  
une arme à feu sans danger pour lui-même ou pour autrui.**

Date

Cachet du médecin

Signature du médecin