



## Certificat Médical Annuel de simple surclassement

Je soussigné(e), Docteur .....

Demeurant : .....

Médecin Agréé par la F.F.T.A, certifie avoir examiné ce jour :

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Poids : ..... Taille : .....

Licencié au club de : ..... N° licence F.F.T.A. : .....

Actuellement en dernière année de la catégorie

- Poussin (e)                       Benjamin (e)                       Minime  
 Cadet (te)

**Au terme de mon examen, cet archer ne présente aucune contre-indication cliniquement décelable à un surclassement en catégorie**

- Benjamin (e)                       Minime                       Cadet (te)  
 Junior

***N.B.** : la demande de surclassement est adressée par l'archer accompagnée d'une copie du présent document à [support.licences@ffta.fr](mailto:support.licences@ffta.fr) ou par courrier postal à :*

*Fédération Française de Tir à l'Arc  
Service Licences  
12 Place Georges Pompidou  
93160 NOISY LE GRAND*

Certificat établi le ..... / ..... / .....

Signature et cachet du médecin fédéral Agréé