

CERTIFICAT MÉDICAL

ATTESTANT DE L'ABSENCE D'INCOMPATIBILITÉ DE L'ÉTAT DE SANTÉ D'UN PARTICULIER AVEC LA DÉTENTION D'UNE ARME

À l'attention des services du Préfet en charge de la réglementation « armes »

Je soussigné(e),

certifie avoir examiné

Nom ;

Prénom(s) :

Né(e) le (JJ/MM/AAAA) :

À (ville, pays) :

et atteste que son état de santé physique et psychique n'est pas incompatible avec la détention (rayer les mentions inutiles) :

- d'une arme de catégorie C.3 (Arme à feu fabriquée pour tirer une balle ou plusieurs projectiles non métalliques)
- d'une arme de catégorie C.4 (Arme et lanceur dont le projectile est propulsé de manière non pyrotechnique)
- d'une arme de catégorie C.12 (Arme d'alarme et de signalisation).

Conformément à l'article R. 312-55 du code de la sécurité intérieure, le présent certificat est valide pour une durée d'un mois à compter de la date où il a été établi.

Date :

Signature et cachet du médecin