

**ANNEXE 3**  
**PUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

**CERTIFICAT MEDICAL**  
**POUR LA DETENTION ET/OU LE PORT D'ARME**

Je soussigné Docteur : .....

Exerçant à : .....

Atteste que : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Né € le : ..... à : .....

N'est pas atteint d'une maladie incompatible avec la détention et/ou le port d'arme conformément à l'arrêté interministériel du 11 Chaoual 1421 correspondant au 6 janvier 2001, fixant la liste des maladies incompatibles avec la détention et le port d'arme et les modalités de délivrance des certificats médicaux y relatifs.

Fait à.....le....

(Cachet) Signature

## الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

شهادة طبية  
لحيازة و/ أو حمل السلاح

.....	أنا الممضي أسفله،
.....	الدكتور:
.....	الممارس بـ:
.....	اشهد بأن:
.....	الاسم:
.....	المولود (ة):
.....	بـ:

غير مصاب بمرض يتنافى مع حيازة و/أو حمل سلاح طبقا للقرار الوزاري المشترك المؤرخ في 11 شوال عام 1421 الموافق 6 يناير سنة 2001 الذي يحدد قائمة الأمراض التي تتنافى مع حيازة وحمل السلاح وكيفيات تسليم الشهادات الطبية المتعلقة بها.

حرر بـ ..... في

الختم والإمضاء