ملحق 3

الجمهوريـــــة الجزائريـــــة الديمقراطيـــــة الشعبيـــــة

شهادة طبية
لحيازة و/ أو حمل السلاح

أنا الممضي أسفله، .....

الدكتور: .....

الممارس بـ: .....

اشهد بأن: .....

الاسم: ..... اللقب: .....

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

ملاحظة استدراكية: خلال الفحص الطبيب يجب على صاحب الطلب إثبات هويته.