

ANNEXE 3

CERTIFICAT MEDICAL
Pour la détention et/ou le port d'arme

Je soussigné Docteur :.....
Exerçant à :.....
Atteste que :
Nom :.....Prénom :.....
Né (e) 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

NB : Lors de l'examen par le médecin, le postulant doit justifier son identité.