



## CERTIFICAT MÉDICAL

**ATTESTANT DE L'ABSCENCE D'INCOMPATIBILITÉ DE L'ÉTAT DE SANTÉ D'UN  
PARTICULIER AVEC LA DETENTION D'UNE ARME DE DÉFENSE NON LÉTALE.**

(Pistolet d'alarme et pistolet à balle caoutchouc)

Je soussigné(e), Docteur .....

certifie avoir examiné ce jour :

Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le : ..... / ..... / .....

Et atteste que son état de santé physique et psychique n'est pas incompatible  
avec la détention d'une arme de défense non létale.

Conformément à l'article R.312-55 du code de la sécurité intérieure, le présent  
certificat est valide pour une durée maximale de 1 mois à compter de la date où  
il a été établi.

Date : ..... / ..... / .....

Cachet du médecin

Signature du médecin