



## Certificat médical pour détention d'armes, à remplir par un médecin psychiatre (1)

Je soussigné(e) Docteur :

---

---

---

**Certifie avoir examiné ce jour,**

Madame,  Monsieur,  \_\_\_\_\_

Nom, prénom \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance \_\_\_\_\_

**Conformément aux articles L312-6 et R312-6(1) du Code de la sécurité intérieure et atteste  
que son état de santé physique et psychique est compatible avec l'acquisition et la détention  
d'une arme.**

Cachet du médecin

Lieu et date : \_\_\_\_\_

Signature du médecin

**Ce certificat a une durée de validité limitée à un mois à partir de la date de son établissement.**

(1) Le certificat prévu au deuxième alinéa de l'article [L. 312-6](#) ne peut être délivré que par l'un des médecins psychiatres suivants :

1° Praticiens hospitaliers exerçant ou ayant exercé dans un établissement de santé public ou privé accueillant des malades atteints de troubles mentaux et médecins psychiatres exerçant dans les centres médico-psychologiques ;

2° Enseignants de psychiatrie des unités de formation et de recherche médicales ;

3° Médecins de l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police ;

4° Experts agréés par les tribunaux en matière psychiatrique ;

5° Médecins spécialisés titulaires du certificat d'études spéciales ou du diplôme d'études spécialisées en psychiatrie.

Le certificat attestant que l'état de santé psychique et physique est compatible avec l'acquisition et la détention d'une arme a une durée de validité limitée à un mois à partir de la date de son établissement.

