



**MINISTÈRE
DE L'INTÉRIEUR
ET DES OUTRE-MER**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**CERTIFICAT MÉDICAL
ATTESTANT DE L'ABSENCE D'INCOMPATIBILITÉ DE L'ÉTAT DE SANTÉ
D'UN PARTICULIER AVEC LA DÉTENTION D'UNE ARME A FEU
à l'attention des services du Préfet en charge de la réglementation « armes »**

Je soussigné(e),

certifie avoir examiné

Nom :

Prénom(s) :

Né(e) le [JJ/MM/AA] :

à [ville/PAYS] :

et atteste que son état de santé physique et psychique n'est pas incompatible avec la
détention d'arme à feu.

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

Date :

Signature et cachet du médecin