ATTESTATION / CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e)……

Docteur en Médecine, demeurant……..……..
……..

Déclare à ce jour Mlle. / Mme. / M……..……..
né(e) le……

apte à l'acquisition d'une arme de défense et que son état de santé physique et psychique n'est pas incompatible avec sa détention.

Fait à ……..……..……. le ……..

Cachet et signature du médecin