



**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