



CERTIFICAT MÉDICAL DE NON-CONTRE INDICATION

Je soussigné Nom : _____, Prénom : _____

certifie avoir examiné(e), ce jour

Nom : _____, Prénom : _____ né(e) le _____

Je certifie qu'il (elle) ne présente, à ce jour, aucune contre-indication médicale à la pratique de sports de traîneau, de ski/VTT-joëring, de canicross et de cani-randonnée y compris en compétition.

Fait et signé à _____, le _____

N°RPPS:

Signature et cachet du médecin