Certificat Médical

Je soussigné docteur en médecine : _____

Certifie avoir examiné à ce jour Mr / Mme :

Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le: ___ /___ /_____

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique de sports canins (Canicross, CaniVTT, Canitrotinette et Skijoering) y compris en compétition.

Fait à _____, le ___ /___ /_____

Cachet et signature du médecin :