



## CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_,

Docteur en médecine, certifie que l'examen de

M/Mme \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_

ne révèle pas de contre-indication à la pratique du  
canicross ou canivtt y compris en compétition.

Certificat établi à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature et Cachet du Médecin :