



## CERTIFICAT MEDICAL 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 ski-joëring, de canicross, de caniVTT, de canitrottinette, et de cani-rmarche y compris en  
compétition.

Fait et signé à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

**N°RPPS :**

Signature et cachet du médecin