

CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné Dr _____, Docteur en médecine,

certifie que l'examen de

M/Mme _____

Date de naissance : _____

Age : _____

ne révèle pas de contre-indication à la pratique du bikejöring, canitrottinette, canicross et de la course à pied y compris en compétition.

Certificat établi à : _____

Date: _____

Signature du Médecin : _____

Tampon du médecin :