

MEDICAL CERTIFICATE

I, the undersigned Dr _____, Doctor of Medicine,

Certify that the examination of

Mr/Ms _____

Date of birth: _____ Age: _____

reveals no contraindications for participating in canicross and running competitions.

Medical certificate issued in

(place): _____

Date: _____

Doctors signature: _____

Doctors Stamp:

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 canicross et de la course à pied en compétition.

Certificat établi à : _____

Date: _____

Signature du Médecin : _____

Tampon du médecin :