

## **Certificat médical**

Je soussigné Docteur en médecine : \_\_\_\_\_

Certifie avoir examiné ce jour M. / Mme / Melle:

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique du canicross, caniVTT, canitrotinette et ski-joering y compris en compétition.

Je l'informe de l'obligation de déposer auprès de l'Agence Française de Lutte contre le dopage (AFLD) une déclaration d'usage ou une demande d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques en cas d'utilisation, même ponctuelle, de produits susceptibles d'entraîner une réaction positive lors d'un contrôle antidopage.

Fait à : \_\_\_\_\_, le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Cachet et signature du médecin :

--