Certificat Médical

Date : .....

Je soussigné, Dr ..... N° RPPS : .....

Certifie que l'état de santé de :

NOM : .....

Prénom : .....

Né(e) le : .....

Ne présente aucune contre-indication cliniquement décelable à la pratique des sports de traîneau, du ski/vtt joëring et du cross canin

- ☐ en tant que cadre dirigeant bénévole (cocher le cas échéant)
- ☐ dans le cadre de l'activité sportive (cocher le cas échéant)
- ☐ y compris en compétition (cocher le cas échéant)

Cachet et signature du médecin