

## CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné(e) Docteur en médecine \_\_\_\_\_,  
certifie avoir examiné ce jour, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

né(e) le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Et n'avoir pas constaté, ce jour, de contre-indication à la pratique des sports mono-chien : canicross, caniVTT, canimarche, canirando, ski-joring, **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.

Cachet et signature du médecin :