

Certificat d'Absence de Contre-Indication (CACI) aux activités de marche et de randonnée

(Läkarintyg om frånvaro av medicinska hinder för gång- och vandringsaktiviteter)

Je, soussigné(e), Docteur.....déclare avoir examiné
(Jag, undertecknad läkare) (intygar att jag har undersökt)

Mme / M.....âgé(e) de.....ans
(Namn) (ålder)

et n'avoir pas constaté, à ce jour, de signe clinique ni d'antécédent personnel contre-indiquant la pratique des activités de marche et de randonnée. (och inte funnit några kliniska tecken eller tidigare sjukdomshistorik som utgör hinder för att utöva gång- och vandringsaktiviteter.)

Pour permettre à nos animateurs de mieux encadrer le pratiquant, nous vous proposons d'ajouter les conseils suivants si vous le jugez pertinent : (För att våra ledare bättre ska kunna anpassa aktiviteten till deltagare, kan följande rekommendationer anges om det bedöms relevant:)

- Altitude à ne pas dépasser :
(Maximal höjd som inte bör överskridas)
- Fréquence cardiaque à ne pas dépasser :
(Högsta tillåtna hjärtfrekvens)
- Dénivelé horaire à ne pas dépasser (mètres/heure) :
(Högsta tillåtna stigning per timme (meter/timme))
- Abstention de la pratique lors des pics polliniques et/ou polluants : oui / non
(Avstå från aktivitet vid höga halter av pollen och/eller luftföroreningar: ja / nej)

Le
(Datum)

à.....
(Ort)

SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN
(Läkarens underskrift och stämpel)