

# Certificat d'Absence de Contre-Indication (CACI) aux activités de marche et de randonnée 2025/2026

(Läkarintyg om frånvaro av medicinska hinder för gång- och vandringsaktiviteter 2025/2026)

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)