

CERTIFICAT MEDICAL 2019

Identification du patient

Nom / Prénom Date de naissance
Adresse :
Code postal : Ville : Tél. :
Courriel :@.....

Identification du médecin

Nom / Prénom
Adresse :
CP / Ville : Tél. :
Courriel :@.....

A votre avis, y a-t-il contre-indication médicale à la pratique une Activité Physique Adaptée, telle la marche en moyenne montagne?

Oui Non

Risques et/ou limitations à la pratique d'APA (cocher les cases correspondantes et donner des conseils si nécessaire)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cardiaque | <input type="checkbox"/> Spasmophilie |
| <input type="checkbox"/> Vasculaire | <input type="checkbox"/> Etourdissements |
| <input type="checkbox"/> Tension artérielle | <input type="checkbox"/> Infections |
| <input type="checkbox"/> Pulmonaire | <input type="checkbox"/> Allergies |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Visuel |
| <input type="checkbox"/> Musculaire | <input type="checkbox"/> Auditif |
| <input type="checkbox"/> Osseux | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Articulaire | <input type="checkbox"/> Autre, préciser : |

La marche du mardi dure au maximum 3 heures sur une distance d'environ 4,5 km pour un dénivelé de 150 m

Le patient est-il en capacité d'accomplir ces maximum ? Oui Non

Quelle altitude maximale est autorisée ?.....

L'utilisation de bâtons de marche est-elle autorisée ? Oui Non
obligatoire ? Oui Non

Commentaires:
.....

Fait à..... le

Signature du médecin :