

# CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE (DOCUMENT RECTO-VERSO)

Je soussigné·e .....

certifie que .....

est apte physiquement pour la pratique de l'escalade en salle et en falaise ainsi que la randonnée en Belgique (*biffer la mention inutile*) dans le cadre d'activités organisées par l'ASBL La Trace, pour l'année 2024-2025.

Liste des médicaments prescrits	Posologie

Cette liste de médicament, consignée dans le dossier du/de la participant·e, peut être communiquée à des médecins en cas de prise en charge médicale lors d'un accident pendant une activité.

Liste des médicaments si nécessaire	Maximum par jour

## En cas de demande le / la patient·e est autorisé·e à prendre :

Paracétamol	OUI-NON	Maximum/jour :	SI NON?:
Cétirizine	OUI-NON	Maximum/jour :	SI NON?:
Ibuprofen	OUI-NON	Maximum/jour :	SI NON?:
Buscopan	OUI-NON	Maximum/jour :	SI NON?:

Information nécessaire dans le cas où la personne aurait besoin d'un médicament lors d'une activité.

<b>Anamnèse médicale</b>	
Allergies	
Asthme	
Cardiopathies	
Diabète	
Epilepsie	
Hépatite	
Hémophilie	
Dos/Genoux/Hernie discale	
La vaccination contre le tétanos est-elle à jour ?	
Autre	

**En cas d'urgence, numéro de téléphone et horaires auxquels nous pouvons vous joindre :**

.....  
 .....

**Remarques éventuelles :** .....

.....  
 .....

Fait à .....  
 le .....

Signature et cachet du médecin