



DATE : _____

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom et prénom : _____ F M

Date de naissance : _____ Occupation : _____

Téléphone : M. _____ T. _____ C. _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____ Courriel : _____

Par qui avez-vous été référé(e) ? Professionnel de la santé : _____ parent\ami : _____ Publicité : _____

QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ

Veillez compléter ce questionnaire le plus honnêtement possible. Ce n'est pas une évaluation. Il s'agit plutôt de renseignements précieux et confidentiels qui permettront à votre enseignant(e) d'élaborer vos objectifs en tenant compte de votre condition.

APTITUDE À L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

OUI	NON	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Votre médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'un problème cardiaque et que vous ne devriez participer qu'aux activités physiques prescrites et approuvées par un médecin ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ressentez-vous une douleur à la poitrine lorsque vous faites de l'activité physique ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Au cours du dernier mois, avez-vous ressenti des douleurs à la poitrine lors de périodes autres que celles où vous participez à une activité physique ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Éprouvez-vous des problèmes d'équilibre reliés à un étourdissement ou vous arrive-t-il de perdre connaissance ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous des problèmes osseux ou articulaires qui pourraient s'aggraver par une modification de votre niveau de participation à une activité physique ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Des médicaments vous sont-ils actuellement prescrits pour contrôler votre tension artérielle ou un problème cardiaque ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Connaissez-vous une autre raison pour laquelle vous ne devriez pas faire de l'activité physique ?

CONDITIONS PARTICULIÈRES

OUI	NON	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(Pour les femmes) Avez-vous eu des enfants ? Combien ? En quelle année ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(Pour les femmes) Êtes-vous enceinte ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prenez-vous des médicaments ? Lesquels :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Êtes-vous âgé de plus de 65 ans ?
OUI	NON	

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Êtes-vous habitué à pratiquer une activité physique vigoureuse ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Existe-t-il une bonne raison d'ordre physique, non mentionnée précédemment, qui vous empêcherait de poursuivre un programme d'exercices physiques, même si vous le désirez ?

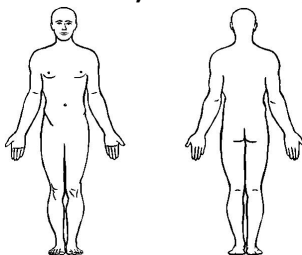
Nommez les activités physiques pratiquées régulièrement :

Depuis les 5 dernières années, vous a-t-on diagnostiqué certains de ces problèmes?

OUI	NON		OUI	NON	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entorse (lombaire ou ...) :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Étourdissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hernie discale :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problèmes respiratoires (ex : asthme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vertèbre déplacée :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arythmie ou autre pathologie cardiaque :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tendinite :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arthrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bursite :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arthrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Capsulite :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ostéoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fracture :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scoliose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Déchirure ou crampe musculaire :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nerf sciatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hernie (inguinale...)

Autre (spécifiez) :

Sur le schéma, veuillez indiquer les régions corporelles qui sont problématiques (douleurs, blessures, instabilité), même si vous n'avez reçu aucun diagnostic.



Par qui avez-vous été traité pour ce problème?

Indiquez vos objectifs liés à votre entraînement en Gym sur Table :

J'ai lu, compris et répondu à toutes les questions ci-dessus au meilleur de ma connaissance.

Signature:

Date:

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom: _____ Lien : _____

Téléphone : M. _____ T. _____