

DATE : _____

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom et prénom : _____

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

Veuillez compléter ce questionnaire le plus honnêtement possible. Il s'agit de renseignements précieux et confidentiels qui permettront à votre enseignante d'élaborer vos objectifs en tenant compte de votre condition.
Protection des renseignements personnels : les informations recueillies permettent de vous identifier. Ils seront utilisés seulement par votre enseignante et propriétaire de Gym sur Table-Granby pour la gestion et l'organisation du centre.

APTITUDE À L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

OUI	NON	
☐	☐	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 ?
☐	☐	Ressentez-vous une douleur à la poitrine lorsque vous faites de l'activité physique ?
☐	☐	Au cours du dernier mois, avez-vous ressenti des douleurs à la poitrine lors de périodes autres que celles où vous participiez à une activité physique ?
☐	☐	Éprouvez-vous des problèmes d'équilibre reliés à un étourdissement ou vous arrive-t-il de perdre connaissance ?
☐	☐	Avez-vous des problèmes osseux ou articulaires qui pourraient s'aggraver par une modification de votre niveau de participation à une activité physique ?
☐	☐	Des médicaments vous sont-ils actuellement prescrits pour contrôler votre tension artérielle ou un problème cardiaque ?
☐	☐	Connaissez-vous une autre raison pour laquelle vous ne devriez pas faire de l'activité physique ?

Nommez les activités physiques pratiquées régulièrement :

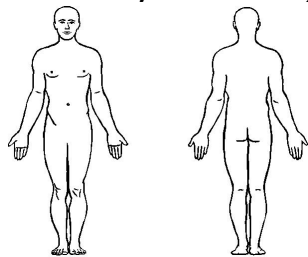
CONDITIONS PARTICULIÈRES

OUI	NON	
☐	☐	(Pour les femmes) Avez-vous eu des enfants ? En quelle année ?
☐	☐	(Pour les femmes) Êtes-vous enceinte ?
☐	☐	Prenez-vous des médicaments ? Lesquels :
☐	☐	Êtes-vous habitué à pratiquer une activité physique vigoureuse ?
☐	☐	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 ?

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

OUI	NON		OUI	NON	
☐	☐	Hypertension	☐	☐	Entorse (lombaire ou ...) :
☐	☐	Étourdissement	☐	☐	Hernie discale :
☐	☐	Problèmes respiratoires (ex : asthme)	☐	☐	Vertèbre déplacée :
☐	☐	Arythmie ou autre pathologie cardiaque :	☐	☐	Tendinite :
☐	☐	Arthrite	☐	☐	Bursite :
☐	☐	Arthrose	☐	☐	Capsulite :
☐	☐	Ostéoporose	☐	☐	Fracture :
☐	☐	Scoliose	☐	☐	Déchirure ou crampe musculaire :
☐	☐	Nerf sciatique	☐	☐	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. _____