

Questionnaire de santé

Durant les 12 derniers mois :

- 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ? oui non
- 2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ? oui non
- 3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ? oui non
- 4) Avez-vous eu une perte de connaissance ? oui non
- 5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ? oui non
- 6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ? oui non

A ce jour :

- 7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc...) survenu durant les 12 derniers mois ? oui non
- 8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ? oui

Si vous avez répondu oui à l'une de ces questions merci de ramener un certificat d'aptitude sportive

Le client atteste avoir consulté un médecin dans les 12 derniers mois attestant que sa constitution physique et son état de santé lui permettent de pratiquer la marche nordique et le sport le sport en général.

Le client s'engage à informer, par courrier, de toute modification de son état de santé pouvant faire obstacle à sa bonne pratique sportive, et certifie avoir donné des renseignements exacts dans le questionnaire de prise en charge ci-dessus.

Le client décharge l'éducateur sportif de toute responsabilité en cas d'incident, survenant au cours de sa séance ou par la suite.

Le client s'engage à ramener un certificat d'aptitude au sport et à la marche nordique tous les ans. Ou en cas d'arrêt de la pratique sportive pour raison de santé.

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

DATE :

LIEU :

SIGNATURE :