

Prénom :

État de santé

Nom :

- oui non 1. Avez-vous des prescriptions de votre médecin concernant votre état général? (problèmes de coeur, de poumon, de pression artérielle)
- oui non 2. Ressentez-vous des douleurs dans la poitrine lors d'efforts physiques?
- oui non 3. Avez-vous ressenti des douleurs dans la poitrine ces derniers trois mois alors que vous étiez au repos?
- oui non 4. Avez-vous parfois des absences ou êtes-vous sujet à des pertes de connaissance subites?
- oui non 5. Avez-vous des faiblesses physiques graves et récurrentes (problème de dos, d'épaule, de genoux)
- oui non 6. Devez-vous prendre régulièrement des médicaments ?
- oui non 7. Avez-vous accouché il y a moins de six mois?
- oui non 8. Y aurait-il une autre raison pour laquelle vous ne devriez pas exercer de sport?

Merci de bien vouloir décrire les soucis physiques dont, éventuellement, vous souffrez.

Responsabilité

Je suis responsable de mon corps et décharge l'animatrice du cours de toute responsabilité en cas de blessure corporelle.

Je respecte les consignes de l'animatrice.

Je suis inscrit-e à ce cours de mon plein gré.

En cas d'accident, j'utiliserai mon assurance responsabilité civile.

Par ma signature, je certifie que j'ai répondu au mieux à ce questionnaire.

Je suis responsable de mon état de santé et communiquerai tout changement éventuel de mon état de santé à la responsable du cours auquel je suis inscrit-e.

Signature: _____ Date: _____