

NOM : _____ Date de naissance : _____
(lettres moulées)

Téléphone (travail) : _____ Téléphone (domicile) : _____

Date : _____ Groupe sanguin : _____

Personne à rejoindre en cas d'urgence : _____ Téléphone : _____

1. Votre médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez un trouble cardiaque? Oui Non
2. Ressentez-vous à l'occasion des douleurs à la poitrine ou au cœur? Oui Non
3. Ressentez-vous des étourdissements ou des faiblesses? Oui Non
4. Votre médecin vous a-t-il déjà mentionné que vous aviez des troubles osseux ou articulaires comme l'arthrite qui pourraient être aggravés par l'exercice? Oui Non
5. Votre médecin vous a-t-il déjà dit que votre tension artérielle était élevée? Oui Non
6. Actuellement, prenez-vous des médicaments? Si oui, lesquels et pourquoi?
_____ Oui Non
7. Souffrez-vous d'une maladie ou d'un malaise susceptible de vous occasionner des problèmes durant votre activité? Si oui, lesquels?
_____ Oui Non
8. Souffrez-vous de douleurs articulaires ou musculaires (blessures)? Si oui, lesquelles?
_____ Oui Non
9. Portez-vous ou devriez-vous porter un bracelet Médic Alert? Si oui, pour quelles raisons?
_____ Oui Non
10. Souffrez-vous de problèmes respiratoires? Si oui, lesquels?
_____ Oui Non
11. Souffrez-vous de douleurs ou problèmes au niveau du dos? Si oui, lesquels?
_____ Oui Non
12. Avez-vous des allergies, des réactions, des symptômes, des douleurs ou d'autres problèmes qui pourraient ne pas être mentionnés ci-haut et qui pourraient vous empêcher de poursuivre un programme d'exercices physiques ?
_____ Oui Non

Je déclare les informations précédentes véridiques.

Signature