

QUESTIONNAIRE DE SANTE

Nom : _____ Prénom : _____

Age : Taille : Poids :

1. Avez-vous déjà pratiqué le fitness ? OUI NON
2. Pratiquez-vous une activité physique ? OUI NON

Si oui, laquelle ? _____ À quelle fréquence ? _____

3. Souffrez-vous de douleurs particulières ?

Veillez entourer les zones de votre corps ou vous avez des douleurs.



4. Souffrez-vous d'une maladie particulière

Si oui, laquelle ? _____

5. Suivez-vous un traitement (médicaments, physio, autre, etc.) ? OUI NON

6. Avez-vous de problèmes articulaires/de dos ? OUI NON

Si oui, de quelle nature ? _____

7. Souffrez-vous de problèmes cardiovasculaires ? OUI NON

Si oui, de quelle nature ? _____

8. Avez-vous des problèmes respiratoires ? OUI NON

Si oui, de quelle nature ? _____

9. Avez-vous subi des opérations ?

OUI NON

Si oui, de quelle nature ? _____

10. Recommandation ou contre-indication médicale ? OUI NON

Si oui, de quelle nature ? _____

Si vous avez répondu OUI à l'une des questions ci-dessus, relatives à votre santé, nous vous recommandons de consulter votre médecin AVANT de commencer une nouvelle activité sportive. Merci de bien prévenir le moniteur avant le début du cours s'il y a un changement dans vos capacités physiques.

Par ma signature, je confirme avoir répondu avec véracité à toutes les questions précitées. Je prends note que le moniteur ne saurait être tenu responsable pour toutes blessures ou accidents survenus par négligence de ma part ou en raison du non-respect des consignes du moniteur.

Date :

Signature :

Questionnaire à retourner par courriel à info@aspicoss.ch ou à déposer à notre secrétariat, route d'Aubonne 7, 1304 Cossonay.