

GRILLE D'APTITUDE AUX EXERCICES / 2020 - 2021

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance ____ - ____ - ____ Sexe : F__ M__
 jour mois année

Adresse _____ Ville _____ Code postal _____

Tél. _____ Adresse courriel _____

1- Votre médecin vous a-t-il déjà interdit ou limité la pratique d'activité physique ?

NON ___ OUI ___ Pour quelle raison ? _____

2- Avez-vous été hospitalisé ou avez-vous reçu une chirurgie au cours des 6 derniers mois ?

NON ___ OUI ___ Pour quelle raison ? _____

3- Souffrez-vous de problèmes cardiaques qui vous demandent d'être suivi à chaque mois par votre médecin ?

NON ___ OUI ___

4- Souffrez-vous d'autres problèmes de santé spécifiques (ex : hypertension artérielle) qui vous demandent d'être suivi à chaque mois par votre médecin ?

NON ___ OUI ___ Pour quel problème ? _____

5- Ressentez-vous une douleur à la poitrine ou des battements cardiaques rapides ou irréguliers ?

Pendant l'activité physique : NON ___ OUI ___ Au repos : NON ___ OUI ___

6- Avez-vous des étourdissements ou vous arrive-t-il de perdre connaissance ?

NON ___ OUI ___

Si après avoir complété le questionnaire ci-dessus, un doute persiste quant à votre aptitude à faire une activité physique, consultez votre médecin avant de vous y engager.

J'ai fourni ces informations au sujet de ma santé, au meilleur de ma connaissance.

Je m'engage à respecter mes limites pendant les exercices et à aviser les responsables de l'activité, de tous changements relatifs à mon état de santé.

Santé à Cœur d'Autray Matawinie et ses représentants n'assument aucune responsabilité vis-à-vis des accidents qui pourraient survenir lors de l'activité physique.

Signature du participant : _____ Date _____