

## GRILLE D'APTITUDE AUX EXERCICES / 2021 - 2022

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 \_\_\_\_\_