

## Questionnaire de santé

Votre médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'un problème cardiaque et que vous ne deviez participer qu'aux activités physiques prescrites et approuvées par un médecin ?

OUI NON

Ressentez-vous une douleur à la poitrine lorsque vous faites de l'activité physique ?

OUI NON

Au cours du dernier mois, avez-vous ressenti des douleurs à la poitrine lors de périodes autres que celles où vous participiez à une activité physique ?

OUI NON

Éprouvez-vous des problèmes d'équilibre reliés à un étourdissement ou vous arrive-t-il de perdre connaissance ?

OUI NON

Avez-vous des problèmes osseux/articulaires (dos, au genou ou à la hanche...) qui pourraient s'aggraver par une modification de votre niveau de participation à une activité physique ?

OUI NON

Des médicaments vous sont-ils actuellement prescrits pour contrôler votre tension artérielle ou un problème cardiaque (par exemple, des diurétiques) ?

OUI NON

Connaissez-vous une autre raison pour laquelle vous ne devriez pas faire de l'activité physique ?

OUI NON

Si un OUI Consultez votre médecin pour un certificat médical à la pratique sportive.

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Je certifie l'exactitude de tous les renseignements portés sur la présente notice

Nom :

Prénom :

Signature