

## Informations personnelles

Nom, prénom\* \_\_\_\_\_

Adresse\* No civique \_\_\_\_\_ App. \_\_\_\_\_  
Rue \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_  
Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone (résidence)\* \_\_\_\_\_ Téléphone (bureau) \_\_\_\_\_

Téléphone (autre) \_\_\_\_\_

Date de naissance\* \_\_\_\_\_ (ex. : 1980-12-31)

Sexe\*  Femme  Homme

Courriel\* \_\_\_\_\_

## Renseignements sur les allergies

Allergies\* : \_\_\_\_\_

Médicaments contre ces allergies\* : \_\_\_\_\_

## En cas d'urgence

Indiquez le nom d'une personne à contacter dans le cas où nous serions dans l'impossibilité de vous rejoindre.

Nom, prénom\* \_\_\_\_\_

Téléphone\* \_\_\_\_\_

Lien\* \_\_\_\_\_

## Questionnaire sur la maladie chronique et les facteurs de risque

Souffrez-vous de l'une des maladies chroniques suivantes :

Maladie cardiovasculaire*	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, spécifiez* :		
Angine	<input type="checkbox"/> Oui	Anévrisme <input type="checkbox"/> Oui
Infarctus	<input type="checkbox"/> Oui	spécifiez l'endroit : _____
Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/> Oui	Stimulateur cardiaque/Pacemaker/ <input type="checkbox"/> Oui
Arythmie	<input type="checkbox"/> Oui	Défibrillateur
Souffle cardiaque	<input type="checkbox"/> Oui	Embolie <input type="checkbox"/> Oui
Maladie artérielle périphérique(MAP)	<input type="checkbox"/> Oui	Autre(s) <input type="checkbox"/> Oui
Phlébite	<input type="checkbox"/> Oui	
Ischémie cérébrale transitoire (ICT)/	<input type="checkbox"/> Oui	
Accident vasculaire cérébral (AVC)		

Précisions (maladie(s), traitement(s) et année(s)) : \_\_\_\_\_

**Maladie pulmonaire\***  Oui  Non

Si oui, spécifiez\* :

Asthme	<input type="checkbox"/> Oui	Emphysème	<input type="checkbox"/> Oui
Bronchite chronique	<input type="checkbox"/> Oui	Pneumonie	<input type="checkbox"/> Oui
Autre(s)	<input type="checkbox"/> Oui		

Précisions (maladie(s), traitement(s) et année(s)) : \_\_\_\_\_

**Diabète\***  Oui  Non

**Insuffisance rénale\***  Oui  Non

**Cancer\***  Oui  Non

Si oui, spécifiez le type de cancer et année : \_\_\_\_\_

Recevez-vous encore des traitements pour le cancer?  Oui  Non

Spécifiez le type de traitement: \_\_\_\_\_

**Affectation neurologique\***  Oui  Non

(sclérose en plaques, Parkinson, ataxie, crises d'épilepsie, etc.)

Précisions (maladie(s) et traitement(s)) : \_\_\_\_\_

**Autre(s)** Précisez maladie(s), traitement(s) et année(s): \_\_\_\_\_

## Questionnaire de condition de santé

Afin de bien vous connaître et d'être en mesure de bien vous guider dans votre pratique d'activité physique, **veuillez répondre aux questions ci-dessous de façon honnête**. Ces informations seront utilisées uniquement pour bien vous encadrer dans vos activités physiques et elles ne seront pas utilisées à d'autres fins.

### **Veuillez cocher les cases qui s'appliquent à vous**

Perte de conscience	<input type="checkbox"/> Oui	Traumatisme crânien	<input type="checkbox"/> Oui
Vertiges	<input type="checkbox"/> Oui	Dépression	<input type="checkbox"/> Oui
Migraine	<input type="checkbox"/> Oui	Trouble anxieux	<input type="checkbox"/> Oui
Tremblements	<input type="checkbox"/> Oui	Fibromyalgie	<input type="checkbox"/> Oui
Problème d'équilibre	<input type="checkbox"/> Oui	Glaucome	<input type="checkbox"/> Oui
Alzheimer	<input type="checkbox"/> Oui	Problème de santé mentale	<input type="checkbox"/> Oui
Commotion cérébrale	<input type="checkbox"/> Oui	Spécifiez : _____	
Varices	<input type="checkbox"/> Oui	Trouble alimentaire	<input type="checkbox"/> Oui
Convulsions	<input type="checkbox"/> Oui	Spécifiez : _____	
Apnée du sommeil	<input type="checkbox"/> Oui		
Ostéoporose	<input type="checkbox"/> Oui		
Autre(s)	<input type="checkbox"/> Oui		

Spécifiez: \_\_\_\_\_

**Présentez-vous l'un ou plusieurs des facteurs de risque suivants :**

Hypertension artérielle*	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Alimentation malsaine*	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Dyslipidémie (Cholestérol, triglycérides)*	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Sédentarité/inactivité physique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Prédiabète*	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Tabagisme*	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Surpoids/obésité*	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Abus d'alcool*	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
			Stress élevé*	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

**Autres questions :**

**Avez-vous une déficience ou une incapacité physique, intellectuelle, cognitive ou mentale?**  Oui  Non

Spécifiez la déficience ou l'incapacité : \_\_\_\_\_

**Êtes-vous enceinte?**  Oui  Non

Spécifiez la date prévue de l'accouchement : \_\_\_\_\_

Comment se déroule ou s'est déroulé la grossesse? : \_\_\_\_\_

Comment s'est déroulé l'accouchement? : \_\_\_\_\_

Comment s'est déroulé l'allaitement? : \_\_\_\_\_

**Questionnaire sur les atteintes musculo-squelettiques**

Veuillez cocher les atteintes musculo-squelettiques vous concernant et veuillez préciser l'endroit et le côté.

Exemple : épicondylite  Oui Spécifiez : coude gauche

Arthrite  Oui  
Spécifiez les articulations : \_\_\_\_\_

Arthrose  Oui  
Spécifiez les articulations : \_\_\_\_\_

Prothèse  Oui  
Spécifiez les articulations : \_\_\_\_\_

Orthèses  Oui  
Spécifiez l'endroit: \_\_\_\_\_

Tendinite  Oui  
Spécifiez: \_\_\_\_\_

Autres :  Oui  
Spécifiez : \_\_\_\_\_

Bursite  Oui  
Spécifiez: \_\_\_\_\_

Épicondylite  Oui  
Spécifiez: \_\_\_\_\_

Hernie  Oui  
Spécifiez: \_\_\_\_\_

Entorse  Oui  
Spécifiez: \_\_\_\_\_

Fracture récente  Oui  
Spécifiez: \_\_\_\_\_

**Avez-vous subi une ou des chirurgie(s) dans la dernière année?**  Oui  Non

Spécifier la ou les chirurgie(s) et l'année : \_\_\_\_\_

**Avez-vous eu un accident dans la dernière année?**  Oui  Non

Spécifier la ou les chirurgie(s) et l'année : \_\_\_\_\_

**Prenez-vous de l'insuline?**  Oui  Non



## Questionnaire Menez une vie plus active

*Il est possible que certaines questions aient déjà été posées, cependant, certains de nos professionnels doivent vous faire remplir ce questionnaire avant de débuter votre pratique d'activité physique.*

L'exercice physique pratiqué de façon régulière constitue une activité saine et agréable, et plus de gens devraient être plus actifs chaque jour de la semaine. Être plus actif est très sécuritaire pour la plupart des gens. Ce questionnaire vous indiquera si vous devez demander conseil à votre médecin ou à un professionnel de l'exercice qualifié avant de devenir plus actif.

### Préparez-vous à mener une vie plus active

1. Avez-vous vécu l'un ou plusieurs des situations suivantes (A à F) **au cours des six derniers mois?**

**A)** Diagnostic ou traitement relatif à une maladie du cœur ou à un AVC, ou douleur/malaise/pression au niveau de la poitrine en pratiquant vos activités de la vie quotidienne ou une activité physique ?  Oui  Non

**B)** Diagnostic ou traitement relativement à une hypertension artérielle ou à une tension artérielle au repos de 160/90 mmHg ou plus ?  Oui  Non

**C)** Vertiges ou étourdissements durant l'activité physique ?  Oui  Non

**D)** Essoufflement au repos ?  Oui  Non

**E)** Perte de conscience/évanouissement pour quelque raison que ce soit?  Oui  Non

**F)** Commotion ?  Oui  Non

2. Présentez-vous actuellement de la douleur ou une enflure à une partie de votre corps (par exemple, blessure, poussée aiguë d'arthrite ou douleur au dos) qui nuit à votre capacité de mener une vie active?  Oui  Non

3. Un professionnel de la santé vous a-t-il recommandé d'éviter ou de modifier certains types d'activité physique ?  Oui  Non

4. Avez-vous tout autre problème médical ou physique (par exemple diabète, cancer, ostéoporose, asthme, lésion médullaire) qui pourrait nuire à votre capacité de mener une vie active ?  Oui  Non

### Participation aux cours en groupe

Nous vous rappelons que les cours en groupe ne sont pas des interventions individualisées. Lors du déroulement d'une séance, la responsabilité d'exécuter un exercice/ une posture ou non vous revient entièrement. Il est également de votre responsabilité de tenir informé votre instructeur de tout changement dans votre état de santé.