

## QUESTIONNAIRE DE SANTE

**Nom:**

**Prénom :**

**Adresse:**

**Date de naissance :**

**Téléphone:**

**Nom et adresse du médecin traitant :**

**Personne à contacter en cas d'urgence :**

**Souffrez-vous d'une maladie cardiaque, de troubles circulatoires ou d' une maladie pulmonaire diagnostiquée par un médecin ? oui / non**

**Souffrez -vous d'hypertension ? oui / non**

**Souffrez- vous de douleurs au dos ou aux articulations ou vos articulations sont-elles enflammées ou enflées ? oui / non**

**Avez- vous d' autres raisons de santé ( non mentionnées plus haut) qui pourraient limiter votre participation aux exercices ? oui / non**

**Si oui lesquelles ?**

**Actuellement, prenez- vous régulièrement des médicaments ? Oui / non**

**Si oui lesquels ?**

**Souffrez – vous d' allergies ?**

**Si oui à quoi ?**

**Allergie à des médicaments ?**

**Si oui lesquels ?**

**Etes -vous diabétique ? Type 1 / Type 2**

**Avez – vous des troubles de l' équilibre ? Oui / non**

**Avez -vous des vertiges ? Oui / non**

**Portez- vous des prothèses ? Oui / non**

**Si oui laquelle ?**

Date.....

Signature