

## Formulaire d'inscription marche nordique

### 1-Renseignements sur la personne

Nom :  
Prénom :  
Adresse :  
Tel :  
Adresse e-mail :

### 2- Informations sur l'état de santé actuel

**Avez-vous des douleurs qui vous empêcheraient de pratiquer une activité physique ?**

Non                       Oui actuellement                       depuis longtemps

Si oui, quel problème ?

Etes-vous enceinte ?

**Avez-vous en ce moment des douleurs concernant l'appareil locomoteur ?**

Articulation du pied (dr./g)	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui, actuel	<input type="checkbox"/> ancien
Genoux (dr. /g)	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui, actuel	<input type="checkbox"/> ancien
Dos (quelle région)	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui, actuel	<input type="checkbox"/> ancien
Épaules (dr. /g)	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui, actuel	<input type="checkbox"/> ancien
Coudes (dr. /g)	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui, actuel	<input type="checkbox"/> ancien

**Avez-vous des douleurs qui vous empêchent de pratiquer une activité physique ?**

Problèmes de respiration au repos                       non                       oui, actuel                       ancien

- |                                     |                              |                                      |                                 |
|-------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| Problèmes de respiration a l'effort | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui, actuel | <input type="checkbox"/> ancien |
| Douleur dans la poitrine au repos   | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui, actuel | <input type="checkbox"/> ancien |
| Douleur dans la poitrine a l'effort | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui, actuel | <input type="checkbox"/> ancien |
| Vertiges au repos                   | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui, actuel | <input type="checkbox"/> ancien |
| Vertiges lors ou après l'effort     | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui, actuel | <input type="checkbox"/> ancien |

**Pratiquez-vous un sport ?**

Si oui, lequel ?

A quelle fréquence ?

Durée ?

Intensité ?

**Prenez-vous-en ce moment des médicaments ?**

**Si oui, lesquels ?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> pour l'hypertension | <input type="checkbox"/> bêta bloquant (maladie cardio-vasculaire) |
| <input type="checkbox"/> diurétiques         | <input type="checkbox"/> médicament pour fluidifier le sang        |
| <input type="checkbox"/> pour le diabète     | <input type="checkbox"/> dysfonctionnement de la thyroïde          |
| <input type="checkbox"/> autres              |  |

Autres maladies connues :

Je déclare par la présente que j'ai fourni toutes les informations véridiques. En cas de plaintes ou de maladies, je vous assure que j'ai l'autorisation de mon médecin traitant de pratiquer un sport. J'informerai immédiatement si nécessaire, mon instructrice madame Christelle Felix de tout changements aux informations ci-dessus.

Ville, Date \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_