

## QUESTIONNAIRE D'APTITUDES À L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

POUR LES PERSONNES ÂGÉS DE 14 ANS ET PLUS

SERVICE DES LOISIRS, DE LA CULTURE ET DE LA VIE COMMUNAUTAIRE

INFORMATIONS GÉNÉRALES		À COMPÉTER AVANT LE DÉBUT DE L'ACTIVITÉ.	
NOM : _____ PRÉNOM : _____			
ADRESSE : _____		APP. : _____	
VILLE : _____		CODE POSTAL : _____	
🏠 RÉSIDENCE : _____ 📞 CELLULAIRE : _____ 📞 D'URGENCE : _____ @ : _____	SEXE :    M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> ÂGE : _____ Si la personne est d'âge mineur MINEUR, la signature d'un parent ou d'un tuteur d'âge légal est <i>obligatoire</i> . NOM ET SIGNATURE DU TUTEUR : _____ 📞 : _____ LIEN DE PARENTÉ : _____		
ÉNONCÉ Actuellement, avez-vous ou ressentez-vous l'un ou l'autre des problèmes suivants ?	OUI	NON	SI « OUI », VEUILLEZ PRÉCISER
- UN OU DES PROBLÈME(S) CARDIAQUE(S) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- UNE OU DES DOULEUR(S) À LA POITRINE OU AU CŒUR ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- UN OU DES PROBLÈME(S) RESPIRATOIRE(S) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- UN OU DES PROBLÈME(S) CIRCULATOIRE(S) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- UN OU DES PROBLÈME(S) ARTICULAIRE(S) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- UN OU DES PROBLÈME(S) AU DOS ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- UNE OU DES ALLERGIE(S) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- DE L'ASTHME ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- DU DIABÈTE ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- DE L'ÉPILEPSIE ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- AVEZ-VOUS SUBI OU SUBIREZ-VOUS, SOUS PEU, UNE OPÉRATION ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RAISON DE L'OPÉRATION :
VEUILLEZ INDIQUER LA OU LES DATES DES OPÉRATIONS :	VOTRE RÉCUPÉRATION EST-ELLE :		QUELS TRAITEMENTS SUIVEZ-VOUS ACTUELLEMENT ?
_____	* COMPLÉTÉE : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		_____
_____	* EN COURS : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		_____
DATE DE LA DERNIÈRE ÉVALUATION MÉDICALE : _____			
NOM DU MÉDECIN CONSULTÉ : _____			
NOM DE LA CLINIQUE OU DE L'HÔPITAL : _____ 📞 : _____			
- ACTIVITÉ SUIVIE : _____ DATE DE DÉBUT DE L'ACTIVITÉ : _____			

SIGNATURE DU « PARTICIPANT » : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_