

Q-APP QUESTIONNAIRE SUR L'APTITUDE À L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Nom / Prénom :	
# carte de citoyen :	Téléphone :
Date de naissance :	# Assurance-maladie :
Personne à contacter en cas d'urgence :	Téléphone de la personne à contacter en cas d'urgence :

Cocher le(s) cours et indiquer le(s) jour(s) et le(s) heure(s).

<input type="checkbox"/>	Aqua d'or	Jour(s) et heure :	<input type="checkbox"/>	Aquagym 1	Jour(s) et heure :
<input type="checkbox"/>	Aquadouceur 1	Jour(s) et heure :	<input type="checkbox"/>	Aquagym 2	Jour(s) et heure :
<input type="checkbox"/>	Aquadouceur 2	Jour(s) et heure :	<input type="checkbox"/>	Aquajogging	Jour(s) et heure :
<input type="checkbox"/>	Aquajogging	Jour(s) et heure :	<input type="checkbox"/>	Aquamat	Jour(s) et heure :
<input type="checkbox"/>	Aquaspinning	Jour(s) et heure :	<input type="checkbox"/>	Aquaspinning	Jour(s) et heure :
<input type="checkbox"/>	Rendez-Vous Actif	Jour(s) et heure :	<input type="checkbox"/>	Aquapoussette	Jour(s) et heure :
<input type="checkbox"/>	Stretching	Jour(s) et heure :	<input type="checkbox"/>	Prénatal	Jour(s) et heure :
<input type="checkbox"/>	Programme Vélospectateur		<input type="checkbox"/>	Natation adultes	Jour(s) et heure :

Lisez attentivement et répondez honnêtement à chacune des questions suivantes. Le simple bon sens sera votre meilleur guide pour répondre correctement à ces questions. Cochez OUI ou NON.

OUI NON

1	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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Éprouvez-vous des problèmes d'équilibre reliés à un étourdissement ou vous arrive-t-il de perdre connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Avez-vous des problèmes osseux ou articulaires (ex : au dos, au genou ou à la hanche) qui pourraient s'aggraver par la participation à une activité physique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spécifier :
4	Des médicaments vous sont-ils actuellement prescrits pour contrôler votre tension artérielle ou un problème cardiaque (par exemple, des diurétiques)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Avez-vous un problème de santé parmi : hypo/hyperthyroïdie, diabète, épilepsie, Alzheimer, parkinson, sclérose en plaques, asthme ou autre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le ou lesquels :
6	Êtes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	semaines
7	Savez-vous nager ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Vous avez répondu OUI à une des questions 1 à 6.	Vous avez répondu NON aux questions 1 à 6.
Il est fortement recommandé de consulter votre médecin avant d'entreprendre un programme d'activités physiques.	Vous êtes disposé à participer à un programme d'activités physiques et votre condition physique s'accroîtra de façon graduelle.

Je soussigné(e) affirme avoir lu, compris et complété le questionnaire et avoir reçu une réponse satisfaisante à chacune de mes questions concernant ce questionnaire.

Signature : _____

Date : _____