

Questionnaire de santé

Le remplissage du questionnaire de santé est facultatif. Les informations fournies seront utilisées exclusivement par le responsable du cours dans le cadre de celui-ci et ne seront pas intégrées dans une base de données. Elles seront détruites après le cours.

Données personnelles

Nom:	Prénom:
Adresse:	CP/Lieu:
Date de naissance:	Téléphone:
Courriel:	

Contact en cas d'urgence (sera contacté en cas d'accident)

Nom:	Prénom:
Téléphone:	

Activités sportives

Faites-vous régulièrement du sport ?

Pas encore ☐ 1x par semaine ☐ 2–3x par semaine ☐ plus de 3x par semaine ☐

Si oui, depuis combien d'années? _____

Quel sport ou quelles activités physiques? _____

Quels sont vos objectifs sportifs? _____

Prenez-vous le temps de faire de l'exercice? Combien de fois par semaine ? _____

Questions de santé

	Oui	Non
Vous sentez-vous en bonne santé?	☐	☐
Si non: pourquoi?		
Un médecin vous a-t-il déjà recommandé de pratiquer un sport uniquement sous surveillance médicale?	☐	☐
Si oui: pour quelle raison ?		
Avez-vous déjà eu des problèmes cardiaques?	☐	☐
Avez-vous déjà souffert de troubles circulatoires?	☐	☐
Souffrez-vous d'asthme?	☐	☐
Souffrez-vous d'allergies?	☐	☐
Si oui: lesquelles?		
Souffrez-vous d'un problème au niveau de l'appareil locomoteur? (articulations, os, tendons, muscles, ligaments, etc.)	☐	☐
Si oui: lesquelles?		
Y a-t-il d'autres informations relatives à votre état de santé qui pourraient avoir une incidence sur votre participation au cours de running?	☐	☐
Si oui: lesquelles?		

Remarques

Date: _____ Signature: _____