

## Fiche d'inscription

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Téléphone résidence : \_\_\_\_\_ Autre : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

**Avez-vous déjà fait du \_\_\_\_\_ ?** Non Oui

Si oui, détaillez votre expérience : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Quels sont vos objectifs personnels par rapport à ce cours?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Souffrez-vous :**

D'hypertension ? \_\_\_\_\_ De maladies cardiaques ? \_\_\_\_\_ De vertiges ? \_\_\_\_\_

Prenez-vous des médicaments sur une base régulière ? Oui Non

Si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_

**Etes-vous suivi pour une maladie chronique ?** Oui Non

Si oui, laquelle ? \_\_\_\_\_

**Avez-vous des restrictions physiques tel que :**

Arthrose ? \_\_\_\_\_ Arthrite ? \_\_\_\_\_

Tendinite ? \_\_\_\_\_ Ostéoporose ? \_\_\_\_\_

Rhumatisme ? \_\_\_\_\_ Goutte ? \_\_\_\_\_

(Indiquez la ou les zones affectées)

**Avez-vous des restrictions au niveau de la colonne vertébrale ?**

Cervicale ? \_\_\_\_\_ Dorsale ? \_\_\_\_\_

Lombaire ? \_\_\_\_\_ Sacrée ? \_\_\_\_\_

(Indiquez le problème)

Comme pour toutes activités physiques, le \_\_\_\_\_ comporte des risques pour les personnes souffrant de maladies. Demandez l'avis de votre médecin si c'est le cas et signalez ses conseils à votre professeur.

J'ai avisé mon professeur de toutes mes contre-indications. En tout temps, je suis en droit de refuser de faire un exercice ou de m'arrêter si je ressens une douleur ou un malaise. Je suis seul(e) responsable de mon corps et je m'engage à ne pas dépasser mes limites.

**J'ai également pris connaissance des politiques de remboursement et de reprises de cours du centre Un pas vers Soi.**

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

