NORDIC WALKING PANAZOL

QUESTIONNAIRE INFORMATIF MEDICAL

Nom: **Prénom:** **Age :**

Lisez bien et complétez le document ci-dessous (Q-AAP : questionnaire sur l'aptitude à l'activité physique), afin de mieux cerner si un examen médical vous est recommandé.

Quelle est votre taille ? cm Quel est votre poids ? : Kg

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?

OUI / NON Commentaires :

- Ressentez-vous une douleur à la poitrine lorsque vous faites de l'activité physique?

OUI / NON Commentaires

- Au cours du dernier mois, avez-vous ressenti des douleurs à la poitrine lors des périodes autres que celles où vous participiez à une activité physique?

OUI / NON Commentaires :

- Vous sentez-vous parfois faible ou avez-vous parfois des vertiges ou des pertes de connaissance?

OUI / NON Commentaires

- Votre médecin vous a-t-il déjà dit que votre tension artérielle était trop élevée?

OUI / NON Commentaires

- Avez-vous des problèmes osseux ou articulaires (par exemple, au dos, au genou ou à la hanche) qui pourraient être aggravés par un exercice?

OUI / NON Commentaires

- Connaissez-vous une autre raison pour laquelle vous ne devriez pas faire une activité physique?

OUI / NON Commentaires :

- Avez-vous déjà fait un accident allergique aux venins d'hyménoptères (Frelons, guêpes …) ?

OUI / NON Commentaires :

Si oui avez-vous un kit d'adrénaline injectable sur vous ?

OUI / NON Commentaires

- Avez-vous plus de 65 ans?

OUI / NON Commentaires

Remarques :

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions. consultez votre médecin avant de participer afin de délivrer un certificat médical

Je soussigné(e) affirme avoir lu, compris et complété honnêtement le questionnaire. Je comprends et accepte que la participation aux séances de marche nordique se fait à mes propres risques et j'en prends la responsabilité.

Fait à : le: Signature: