

# XR Performance

## Questionnaire d'aptitudes à l'activité physique

Pour les personnes âgées de 15 ans et plus

INFORMATIONS GÉNÉRALES			
Nom : _____		Prénom : _____	
Téléphone: _____	Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Numéro de membre : _____	
<i>EN CAS D'URGENCE</i> Nom de la personne à contacter _____	Date de naissance : _____		
Téléphone _____	Si <b>moins de 18 ans</b> , avez-vous la signature d'un parent ou tuteur vous permettant d'entreprendre un programme d'activité physique ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> (Fournir autorisation parentale)		
ÉNONCÉ	OUI	NON	SI « OUI », PRÉCISEZ
<b>Actuellement, avez-vous ou éprouvez-vous un ou plusieurs des problèmes suivants ?</b>			
- Un ou des problème(s) cardiaque(s)?			
- Une ou des douleur(s) à la poitrine ou au cœur?			
- Un ou des problème(s) respiratoire(s)?			
- Un ou des problème(s) circulatoire(s)?			
- Un ou des problème(s) articulaire(s)?			
- Un ou des problème(s) au dos?			
- Une ou des allergie(s)?			
- De l'asthme?			
- Du diabète?			
- De l'épilepsie?			
- Avez-vous eu ou subirez-vous, sous peu, une ou des opération(s)?			- Objet de ou des opération(s) :
Veuillez indiquer la ou les date(s) de la ou des opération(s): _____ _____	La récupération est-elle : Complétée : O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> En cours : O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		Traitement(s) suivi(s) actuellement : _____ _____
Date de la dernière évaluation médicale : _____			
Nom du médecin consulté : _____			
Nom de la clinique ou de l'hôpital : _____			
Téléphone : _____			
<b>Signature</b> : _____ <b>Date</b> : _____			