

Ce document nous permettra de répondre au mieux à vos besoins en adaptant nos activités en fonction de vos capacités physiques actuelles et de prévenir au mieux les risques d'accident ou de blessure.

1- Suivez-vous un traitement médicamenteux de longue durée ? Oui Non

Si oui, ce traitement a-t-il un impact sur votre pratique physique et sportive ?

Oui Non

Si oui, lequel ?

2- Avez-vous de l'asthme ? Oui Non

3- Avez-vous du diabète ? Oui Non

4- Avez-vous des allergies ? Oui Non

Si oui, lesquelles ?

5- Avez-vous des antécédents médicaux qui influencent votre pratique sportive ? (opérations, longue maladie, etc.)

Oui Non

Si oui, lesquels ?

6- Sur une échelle de 1 à 10, à combien estimeriez-vous votre état de forme ?

7- Autres éléments importants à nous communiquer ?.....

.....

.....

.....