

## Questionnaire de santé pour des cours orientés vers le mouvement

Vous participez à un cours pour améliorer ou conserver votre santé. Pour permettre à votre animatrice/ animateur de cours d'adapter à vos besoins les mesures de promotion de la santé et de réagir de manière adéquate en cas d'urgences médicales, merci de prendre quelques minutes pour remplir ce questionnaire de santé.

Vos informations seront traitées confidentiellement et seront uniquement utilisées dans le cadre du cours actuel. À la fin du cours, ce questionnaire sera détruit ou vous sera restitué.

### Données personnelles

Prénom/Nom \_\_\_\_\_  
Rue/N° \_\_\_\_\_  
CP/Localité \_\_\_\_\_  
Téléphone \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_  
Assurance-maladie \_\_\_\_\_  
En cas d'urgence, qui doit être informé ? \_\_\_\_\_ Tél.: \_\_\_\_\_

### Concernant votre condition physique

1. Comment évalueriez-vous votre condition physique ?  
 faible                       moyenne                       bonne                       très bonne
2. Au cours des six derniers mois, combien de fois, en moyenne, avez-vous fait de l'exercice physique jusqu'à suer légèrement et accélérer quelque peu votre respiration ?  
 rarement, voire jamais     1 fois/semaine                       2-3 fois/semaine                       plus souvent
3. Actuellement, comment entretenez-vous votre condition physique ? \_\_\_\_\_

### Concernant votre santé

1. Y a-t-il une **raison médicale\*** qui limite vos capacités de performance et/ou votre endurance, et qui pourrait être importante pour votre participation à ce cours ?  
 Oui                       Non

\*Par exemple, état de santé après un infarctus du myocarde, une arythmie cardiaque, hypertension artérielle, pression artérielle trop basse, état de santé après des troubles de l'irrigation sanguine dans le cerveau, troubles de l'irrigation sanguine des extrémités, diabète, des maladies hormonales tels que dysfonctionnement de la thyroïde, problèmes respiratoires (asthme, bronchite chronique), allergies (rhume des foins, piquûre d'insecte); prise régulière de médicaments sur ordonnance, problèmes de l'appareil locomoteur (articulations, os, muscles), des yeux ou des oreilles, fort tabagisme, de troubles graves du sommeil, autres maladies qui pourraient être aggravées par des programmes de santé.

2. Important : si l'une des conditions susmentionnées vous concerne, vous devriez vous assurer auprès de votre médecin traitant que votre participation prévue aux cours ne présente pour vous aucun risque du point de vue médical.  
 A déjà été fait                       Est prévu bientôt                       N'est pas nécessaire à mon avis
3. Dans ce cours, quels objectifs souhaitez-vous atteindre ? (plusieurs réponses possibles)  
 Entraînement cardiovasculaire                       Endurance                       Force  
 Souplesse                       Perte de poids                       Détente  
 Autres : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Lieu, Date                      Signature de la participante/du participant au cours