

Informations générales du client ou participant

Nom	
Prénom	
Date de naissance	
Adresse	
Ville et province	
Code postal	
No tel domicile	
No tel cellulaire	
No tel travail	
Personne n'a contacté en cas d'urgence et son numéro de tel	
Profession et depuis combien de temps	
Informations état de santé générale	
Prenez-vous des médicaments et si oui pourquoi	
Avez-vous des problèmes cardiaques? Prenez-vous de la nitro au besoin? Si oui, vous les avez toujours sur vous? Est-ce spray ou comprimé sous la langue?	
Faites-vous de l'épilepsie et si oui est-elle contrôlée ou non?	
Êtes-vous enceinte de moins de 3 mois?	
Êtes-vous en attente d'une chirurgie orthopédique et si oui laquelle ?	
Êtes-vous en attente de toute autre forme de chirurgie et si oui laquelle ?	
Venez-vous d'être opéré et cela fait moins de 3 mois et si oui pourquoi et avez-vous demandé à votre médecin traitant si vous pouviez recommencer vos activités physiques?	
Êtes-vous en chimio ou radiothérapie présentement? L'avez-vous été dans les 6 derniers mois?	
Portez-vous un stimulateur cardiaque?	

<i>Avez-vous des problèmes importants émotionnels ou mentaux diagnostiqués par un médecin?</i>	
<i>Avez-vous déjà eu un accident de voiture, moto, vélo, ski..... si oui en quelle année et répercussion?</i>	
<i>Avez-vous déjà tombé sur le coccyx ou tomber sur la tête et si oui en quelle année et répercussion?</i>	
<i>Vous a-t-on diagnostiqué des hernies discales, bombements, pincements par un médecin traitant et si oui, est-il possible d'en avoir une copie papier du résultat pour mieux vous diriger dans vos exercices?</i>	
<i>Vous êtes-vous déjà fait une fracture, si oui en quelle année, partie du corps et est-ce que tout est bien rétabli?</i>	
<i>Portez-vous une prothèse de hanche, de genou? Si oui, quel côté du corps, cela fait combien de temps et reçu certains conseils importants à savoir. I.E. limitation, à ne pas faire.....</i>	
<i>Informations sur votre condition musculaire</i>	
<i>Faites-vous de l'exercice régulièrement, si oui, quels types d'exercices faites-vous?</i>	
<i>Vous considérez-vous en forme? Souple? Actif? Sédentaire?</i>	
<i>Avez-vous déjà fait de l'étirement musculaire et si oui, avez-vous eu les conseils préventifs pour une utilisation sécuritaire?</i>	
<i>Avez-vous déjà fait de la méditation auparavant?</i>	
<i>Qu'est-ce qui vous attire vers les étirements et la méditation?</i>	

Si vous avez des informations supplémentaires qui pourraient être importantes à savoir pour que je puisse bien vous diriger, svp m'en faire part. Veuillez être assurés que toutes ces informations demeurent strictement confidentielles.

Infos supplémentaires :

Je reconnais avoir répondu au mieux de mes connaissances sur mon état général de santé. Il est de ma responsabilité d'informer le Centre Evolu-Etre de tout changement dans mon état de santé qui pourrait modifier ma pratique dans l'un des cours, soins, formations, ateliers ou tout autre services rendus par Mireille Lapalme.

Signature

date