

Questionnaire Santé

Nom, prénom :

Date de naissance :

Merci de répondre honnêtement aux questions ci-dessous :

1. Votre médecin vous a-t-il déjà déconseillé la pratique d'une activité physique ou sportive ?

☐ **Oui** ☐ **Non**

2. Ressentez-vous des douleurs à la poitrine ou un essoufflement anormal à l'effort ?

☐ **Oui** ☐ **Non**

3. Avez-vous déjà perdu connaissance ou eu des malaises inexpliqués ?

☐ **Oui** ☐ **Non**

4. Prenez-vous actuellement un traitement médical régulier ?

☐ **Oui** ☐ **Non**

Si oui, précisez :

5. Avez-vous des antécédents médicaux particuliers (problèmes cardiaques, respiratoires, articulaires, blessures, opérations récentes, grossesse, etc.) ?

☐ **Oui** ☐ **Non**

Si oui, précisez :

6. Avez-vous eu une blessure ou une opération dans les 6 derniers mois ?

☐ **Oui** ☐ **Non**

« En cas de doute, il est recommandé de demander l'avis de votre médecin et de fournir un certificat médical. »

Je soussigné(e) déclare avoir répondu
en toute sincérité aux questions ci-dessus.

Je reconnais pratiquer les cours de Pilates proposés par Dobsik Virginie,
sous ma propre responsabilité.

Je reconnais avoir été informé(e) que la pratique du Pilates nécessite une
bonne condition physique générale.

J'atteste ne pas présenter, à ma connaissance, de contre-indications
médicales à la pratique du Pilates.

J'accepte d'informer immédiatement l'enseignant de tout changement
concernant ma santé.

Je décharge l'enseignant(e) de toute responsabilité en cas d'incident
résultant d'informations de santé non communiquées ou volontairement
omises.

Fait à, le

Signature: