



## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Ce questionnaire est strictement confidentiel et réservé à l'usage unique du professeur qui peut exiger un certificat médical dans certains cas.

**Nom :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

**Adresse :**

**Email :**

**Téléphone :**

Veillez entourer la ou les réponses.

1. Souffrez-vous de problèmes de santé ?    Oui    Non

Si oui, le(s)quel(s) ?

2. Avez-vous eu une blessure ou une opération au cours des 6 derniers mois ?    Oui    Non

Si oui, laquelle ?

3. Si vous êtes une femme, êtes-vous enceinte ?    Oui    Non

4. Contre-indication. Avez-vous souffert ou souffrez-vous :

D'une maladie ou d'un problème cardiaque                      De crise d'épilepsie

De scléroses en plaque    D'hypertension artérielle

De pathologie de la hanche, du dos ou de la nuque                      De migraine

5. Avez-vous des douleurs physiques ?    Oui    Non

Si oui, lesquelles ?

6. Y a-t-il autre chose que vous pensez utile de mentionner (maladie chronique, sciatique, traitement médicamenteux, etc) ?                      Oui    Non

Si oui, laquelle ?

Si une ou plusieurs réponses ci-dessus est positive nous vous remercions de fournir un certificat médical. J'atteste sur l'honneur l'exactitude de ces informations.

Lieu et date :

Signature :