

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

Nom : _____ Adresse : _____
Prénom : _____ Email : _____
Date de naissance : _____ Téléphone : _____

Veillez entourer la ou les réponses vous correspondant :

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 :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> D'une maladie ou d'un problème cardiaque | <input type="checkbox"/> De pathologie de la hanche, dos ou nuque |
| <input type="checkbox"/> De crise d'épilepsie | <input type="checkbox"/> D'hypertension artérielle |
| <input type="checkbox"/> De scléroses en plaque | <input type="checkbox"/> 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.

A : _____ , Le : _____

Signature :