

# QUESTIONNAIRE SUR L'APTITUDE À L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

NOM : \_\_\_\_\_

Sexe : masculin                      féminin                      Âge : \_\_\_\_\_

Depuis combien de temps avez-vous vu un médecin ?

Moins de six mois                      1 an                      2 ans                      + de 2 ans

Votre médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez un trouble cardiaque ?    oui                      non

Si oui, lequel ? \_\_\_\_\_

Ressentez-vous fréquemment des douleurs à la poitrine ou au cœur ?

oui                      non

Expliquer : \_\_\_\_\_

Ressentez-vous des étourdissements ou des faiblesses ?

oui                      non

Si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_

Votre médecin vous a-t-il dit que votre tension artérielle était élevée ?

oui                      non    Si oui, l'indiquer : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ex : 120 / 80

Votre médecin vous a-t-il déjà mentionné que vous aviez des troubles osseux ou articulaires, comme l'arthrite qui pourrait être aggravée par l'exercice ?    oui                      non

Si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_

Souffrez-vous de maladie respiratoire ?    oui                      non

Si oui, laquelle ? \_\_\_\_\_

**Souffrez-vous de :** **Oui**      **Non**

- maux de dos fréquents
- douleur musculaire sur le côté ou hernie
- problèmes particuliers à la colonne vertébrale
- maux de tête fréquents

**Existe-t-il une bonne raison d'ordre physique, non mentionnée ci-haut, qui vous empêcherait de poursuivre un programme d'exercices physiques, même si vous le désirez ?**

**oui**                      **non**

**Si oui, laquelle ?** \_\_\_\_\_

**Est-ce que vous prenez régulièrement des médicaments ?**

**oui**                      **non**

**Si oui, précisez le type de médication :**

*Ex : Pour la pression* \_\_\_\_\_

**Avez-vous perdu l'habitude de pratiquer des exercices vigoureux ?**

**oui**                      **Non**

**Au cours des trois derniers mois, comment qualifiez-vous votre niveau d'activité physique ?**      **Faible**      **moyen**      **élevé**

**À votre travail**

**Pendant vos heures de loisir**

**Êtes-vous à l'aise dans l'eau ?** \_\_\_\_\_

**Pourquoi êtes-vous inscrit à l'aquaforme?** \_\_\_\_\_

*Ce cours exige un minimum de condition physique. Toutes personnes ayant des antécédents médicaux pouvant compromettre une participation de cette activité en toute sécurité doivent remettre une approbation de son médecin.*

**Signature :** \_\_\_\_\_

**Date :** \_\_\_\_\_