

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Ce bref questionnaire de santé est facultatif, mais si votre état de santé subit une modification, vous avez en tout temps la possibilité de nous en informer afin que nous puissions adapter le cas échéant, les exercices proposés.

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Email :

1. Souffrez-vous de problèmes de santé?

oui

non

Si oui, brève description

2. Vous êtes-vous blessé(e) ou avez-vous été opéré(e) dans les 6 derniers mois?

oui

non

Si oui, brève description

3. Etes-vous enceinte?

oui

non

Si une ou plusieurs réponses ci-dessus est positive: Votre médecin traitant est-il au courant et d'accord que vous pratiquiez la self-défense?

oui

non

Complément d'informations