

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ / Confidentiel

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? (diabète, asthme, maladies cardiovasculaires, etc..)

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

4. Avez-vous déjà été victime d'une agression ?

Oui

Non

Si oui, brève description

Déclaration

Je déclare par ma signature avoir répondu complètement et conformément à la vérité aux questions susmentionnées et atteste que les réponses écrites par une tierce personne sont conformes à mes indications.

Lieu, date et signature