



## MARCHE NORDIQUE EN CORREZE



### QUESTIONNAIRE INFORMATIF MEDICAL

Nom:

Prénom:

Age :.....

**Lisez bien et complétez le document ci-dessous (Q-AAP : questionnaire sur l'aptitude à l'activité physique), afin de mieux cerner si un examen médical vous est recommandé.**

Quelle est votre taille ? :      cm

Quel est votre poids ? :      kg

Votre médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'un problème cardiaque et que vous ne deviez participer qu'aux activités physiques prescrites et approuvées par un médecin?

OUI    NON

- Ressentez-vous une douleur à la poitrine lorsque vous faites de l'activité physique?

OUI    NON

- Au cours du dernier mois, avez-vous ressenti des douleurs à la poitrine lors des périodes autres que celles où vous participiez à une activité physique?

OUI    NON

- Vous sentez-vous parfois faible ou avez-vous parfois des vertiges ou des pertes de connaissance?

OUI    NON

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

OUI    NON

- Avez-vous des problèmes osseux ou articulaires (par exemple, au dos, au genou ou à la hanche) qui pourraient être aggravés par un exercice?

OUI    NON

- Connaissez-vous une autre raison pour laquelle vous ne devriez pas faire une activité physique?

OUI    NON

- Avez-vous plus de 65 ans?

OUI    NON

**Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions. consultez votre médecin avant de participer.**

Je soussigné(e) affirme avoir lu, compris et complété honnêtement le questionnaire. Je comprends et accepte que la participation aux séances de marche nordique se fait à mes propres risques et j'en prends la responsabilité.

Fait à ..... le: .../.../.....

Signature: