

## Cours de Nordic Walking Formulaire inscription

| Coordonnées        |
|--------------------|
| Nom:               |
| Prénom:            |
| Adresse:           |
| Date de naissance: |
| Tél. privé:        |
| Mobile:            |
| Email:             |
| Taille (en cm):    |

| Questionnaire de santé  | OUI | NON |
|---|-----|-----|
| Souffrez-vous d'un problème cardiaque?  |     |     |
| Prenez-vous un médicament contre l'hypertension ou pour un problème de cœur ?                                   |     |     |
| Avez-vous déjà ressenti des douleurs thoraciques lors d'un effort durant ce dernier mois ?                      |     |     |
| Souffrez-vous de vertiges, et vous est-il déjà arrivé de perdre connaissance ou de tomber suite à un vertige ?  |     |     |
| Souffrez-vous de problèmes d'articulations ou d'os qui pourraient s'aggraver en faisant une activité physique ? |     |     |
| Souffrez-vous d'un problème respiratoire ou d'essoufflement important lors d'un effort ?                        |     |     |
| Souffrez-vous de diabète ?  |     |     |
| Prenez-vous un médicament contre le diabète ?   |     |     |
| Votre médecin, vous a-t-il déjà conseillé de pratiquer une activité physique uniquement sous contrôle médical ? |     |     |
| <b>Remarques :</b>  |     |     |

Le personnel soignant de la Ligue pulmonaire valaisanne va prendre connaissance de vos réponses. Il validera votre participation aux cours de Nordic Walking, ou dans le cas contraire, il vous demandera de consulter votre médecin avant de débiter les cours.

Nous vous rendons attentif sur le fait que la Ligue pulmonaire valaisanne ne vous assure pas contre les accidents lors des cours de Nordic Walking.

En signant ce document, vous attestez avoir répondu aux questions en toute honnêteté.

**Date :**

**Signature:**

