

Questionnaire de santé

Nom, Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

N° de téléphone :

Adresse e-mail :

Hygiène de vie

Consommation de Tabac ☐ Oui ☐ Non

Alcool ☐ Oui ☐ Non

Stupéfiants ☐ Oui ☐ Non

Prenez-vous régulièrement des médicaments (prescrits ou non) ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquels ?

Données générales

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de malaises et/ou évanouissements sur les cinq dernières années ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous déjà été hospitalisé(e) en raison d'une maladie ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez quand et pour quelle maladie.....

Avez-vous été victime d'accidents ayant nécessité une opération ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez la partie du corps et le type d'opération.....

.....

.....

À la suite de cette intervention, avez-vous des contre-indications, des séquelles ?

.....

.....

Dans les affections suivantes, êtes-vous ou avez-vous été en traitement

Problème de vue (lunette, lentilles de contact ou maladie) ☐ Oui ☐ Non

Apnée du sommeil (traitée ou non) ou autres maladies entraînant une fatigue ☐ Oui ☐ Non

Maladie cardiaque ou vasculaire ☐ Oui ☐ Non

Pression artérielle élevée ou basse, douleur dans la poitrine, infarctus, pontage, arythmie, pacemaker, thrombose, anévrisme, AVC, ...

Maladie respiratoire ☐ Oui ☐ Non

Asthme, embolie, difficulté à respirer, toux régulière, ...

Diabète ☐ Oui ☐ Non

Problèmes d'épilepsie ☐ Oui ☐ Non

Maladie neurologique ☐ Oui ☐ Non

Sclérose en plaque, Parkinson, paralysie, ...

Problèmes psychiques ☐ Oui ☐ Non

Dépression, schizophrénie, trouble bipolaire, ...

Problèmes d'équilibre, de vertige ☐ Oui ☐ Non

Problèmes de surdité ☐ Oui ☐ Non

Maladie osseuse ou articulaire ☐ Oui ☐ Non

Douleur chronique, arthrose, rhumatisme, tendinite, ...

Maladie d'un ou plusieurs organes ☐ Oui ☐ Non

Calculs rénaux, foie, digestion, ...

Souffrez-vous d'autres maladies ou handicaps quelconques susceptibles d'impacter même un peu un entraînement ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez lesquelles ?.....

A votre connaissance, un membre de votre famille a-t-il été diagnostiqué pour l'une ou plusieurs maladies suivantes : diabète, tension artérielle élevée, tension artérielle basse, infarctus, AVC

☐ **La personne soussignée confirme avoir complété le présent questionnaire conformément à la vérité et accepte les Conditions Générales établies par Le Coin Coaching**

Lieu, date.....

Signature.....