

## ANAMNÈSE

Nom, Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Tel., Fax.: \_\_\_\_\_

Marié(e) ou en couple: \_\_\_\_\_ Enfant(s) (Nombre/âges): \_\_\_\_\_

En  formation  apprentissage  école Profession (type d'activité): \_\_\_\_\_

Taille: \_\_\_\_\_ Poids: \_\_\_\_\_ pouls: \_\_\_\_\_ tension artérielle: \_\_\_\_\_ fumeur(se)  alcool  souvent  
 rarement

Prise de médicaments de manière régulière / lesquels? \_\_\_\_\_

Endoprothèse (depuis quand?) / opération \_\_\_\_\_

Prolaps d'un disque vertébral / traité par méthodes conservatives/ opération (date): \_\_\_\_\_

Rhumatisme  oui  non Asthme  oui  non

Accident (date): \_\_\_\_\_

Infections: \_\_\_\_\_

Vertiges, problème d'équilibre, épilepsie: \_\_\_\_\_

Stress / problèmes psychiques, dépression \_\_\_\_\_

### Situation actuelle, souffrez vous d'une maladie précise?

Coeur et circulation  oui  non Info: \_\_\_\_\_

Système locomoteur  oui  non Info: \_\_\_\_\_

Maladies métaboliques  oui  non Info: \_\_\_\_\_

Maladies respiratoires  oui  non Info: \_\_\_\_\_

Autres  oui  non Info: \_\_\_\_\_

Quels sont vos souhaits vos attentes, vos objectifs dans votre démarche? \_\_\_\_\_

Qu'aimeriez vous améliorer ou découvrir? \_\_\_\_\_

Je soussigné(e) Mme/M. \_\_\_\_\_, certifie l'exactitude de mes données.

Je m'engage à faire part de mon propre gré de tout changement concernant mon état de santé.

L'enseignante s'engage à garder confidentielles toutes les données qui on été faites , et à les sauvegarder à l'abri du regard d'autrui.

\_\_\_\_\_  
Date, lieu

\_\_\_\_\_  
Signature participant

\_\_\_\_\_  
Date, lieu

\_\_\_\_\_  
Signature entraîneur