



Une fois rempli, vous pouvez retourner le formulaire par courriel à l'adresse coordonnateur_cap@cgmatane.qc.ca

QUESTIONNAIRE – SERVICE DE KINÉSIOLOGIE

Nom : _____ Date de naissance : _____

Adresse : _____ Ville : _____

Code postal : _____ Adresse courriel : _____

Numéro de téléphone : _____ Membre actif du centre Nouveau membre

Objectifs / attentes : _____

OUI	NON	QUESTIONNAIRE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vous arrive-t-il de ressentir des douleurs à la poitrine?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Souffrez-vous d'un problème cardiaque diagnostiqué ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Éprouvez-vous des problèmes d'équilibre liés à des étourdissements ou vous arrive-t-il de perdre connaissance?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Êtes-vous traité pour une hypertension artérielle?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Êtes-vous traité pour un cholestérol trop élevé?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Souffrez-vous de diabète ou pré-diabète diagnostiqué ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Souffrez-vous de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Souffrez-vous d'arthrite diagnostiquée ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Souffrez-vous d'arthrose démontrée par radiographie ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous des problèmes articulaires qui pourraient s'aggraver par une modification de votre niveau d'activité physique? Où se présente la douleur? :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous des problèmes de dos qui pourraient s'aggraver par une modification de votre niveau d'activité physique? Où se présente la douleur? :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous déjà subi une chirurgie bariatrique ou anneau gastrique ?

SOUFFREZ-VOUS D'OBÉSITÉ? Si oui, veuillez indiquer vos mensurations (pieds/pouces et lbs OU mètres et Kilogrammes)

POIDS _____ LBS OU _____ KG

TAILLE _____ PIEDS/PO OU _____ MÈTRES

Je, soussigné(e), assure que les renseignements donnés ci-haut sont véridiques.

Signature : _____ Date : _____

FIN DU QUESTIONNAIRE. MERCI!

AU BESOIN, L'ACHEMINER PAR COURRIEL À L'ADRESSE COORDONNATEUR_CAP@CGMATANE.QC.CA

INFORMATION À L'USAGE DE L'ADMINISTRATION

IMC SUPÉRIEUR À 30 = Surplus de poids *1kg = 2.2 lbs *1 pouce = 2,54 cm

Calcul de l'IMC : Poids en Kilogrammes, divisés par taille en mètres, divisé une autre fois par taille en mètres.

IMC DU CLIENT : _____ KG / _____ M / _____ M = _____