

# Fiche de renseignements confidentiels



Nom	Date de naissance
Adresse	
Code postal	Téléphone
Occupation	Courriel
<b>Les renseignements fournis seront utilisés dans le seul but de mieux adapter la pratique de yoga au participant</b>	
1. Avez-vous des problèmes de santé? Si oui, précisez.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2. Avez-vous subi une intervention chirurgicale au cours des dernières années?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, ressentez-vous un malaise dans cette région?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3. Êtes-vous enceinte?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4. Indiquez sur le schéma suivant les zones de votre corps qui vous semblent plus faibles, plus raides ou plus douloureuses. Exemple : B-1, indique une douleur au repos.	
	<p>A – Faiblesse            B – Douleur            C – Raideur</p> <p>1 – Repos            2 – À l'effort</p>

5. Avez-vous ou avez-vous déjà eu un ou plusieurs problèmes médicaux?			
Cancer	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Problèmes respiratoires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Diabète	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Allergies	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Problèmes cardiaques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Migraines	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Hypertension	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Accident cérébro-vasculaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres			
6. Prenez-vous des médicaments? Si oui précisez.			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
7. Quels sont vos objectifs de santé et de mieux-être?			
<input checked="" type="checkbox"/> Les conditions de santé fournies sur cette fiche reflètent ma condition actuelle. En aucun cas, l'accompagnatrice lors des sessions de yoga ne pourra être tenue responsable d'éventuelles blessures ou de toute autre situation indésirable.			

COVID-19  
QUESTIONS DE DÉPISTAGE

1. Avez-vous de la fièvre, une nouvelle toux ou des difficultés respiratoires, diarrhée ou perte du goût ou de l'odorat? NON / OUI
2. Êtes-vous, ou quelqu'un qui habite avec vous, rentré d'un voyage à l'étranger depuis moins de 14 jours? NON / OUI
3. Avez-vous eu un test de dépistage positif à la COVID-19 il y a moins d'un mois ou êtes-vous en attente de résultat de test de dépistage? NON / OUI
4. Avez-vous été en contact avec une personne atteinte du virus COVID-19 ou faisant l'objet d'une enquête depuis moins de 14 jours? NON / OUI

**Lors de l'inscription vous devrez remettre une copie papier de la preuve que vous avez été doublement vacciné(e) contre la Covid-19.**

---

Signature

---

Date