

# CLUB DE NATATION MAÎTRES-NAGEURS

## Inscription 2022-2023



Nom :	Date de naissance : AAAA-MM-JJ	No. Ass. mal. :
Rue :	Code postal :	
Ville :	Tél (maison):	Tél (cell):
Courriel:	Avez-vous déjà nagé avec les maîtres-nageurs ailleurs? <b>OUI</b> <b>NON</b>	
En cas d'urgence:	Relation:	Tél:
Carte-multi résidents de Pointe-Claire :		Date d'expiration:
Mon but cette année: J'aimerais que mes entraîneurs m'aident avec :		

### Q-AAP

Pour votre bien-être, nous vous demandons de remplir ce formulaire et de respecter les conseils du questionnaire sur l'aptitude à l'activité physique (Q-AAP) **avant** d'entreprendre tout programme d'activités physiques.

OUI	NON	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1. Votre médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'un problème cardiaque? <i>o Crise cardiaque o ACV o Arythmie o Haute tension artérielle o Autre _____</i>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2. Ressentez-vous une douleur à la poitrine lorsque vous faites des activités physiques?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3. Au cours du dernier mois, avez-vous ressenti des douleurs à la poitrine en dehors de vos activités physiques?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4. Êtes-vous diabétique?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5. Êtes-vous asthmatique?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6. Présentement, prenez-vous des médicaments pour - <i>o Tension artérielle o Cholestérol o Diabète o Désordre cardiaque o Autre _____</i>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7. Éprouvez-vous des problèmes d'équilibre reliés à une étourdissement ou vous arrive-t-il de vous évanouir?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8. Souffrez-vous d'arthrite? <i>Parties du corps affectées: _____</i>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9. Souffrez-vous d'ostéoporose? <i>Parties du corps affectées: _____</i>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10. Souffrez-vous présentement ou avez-vous déjà éprouvé des douleurs aux endroits suivants: <i>o Haut du dos o Bas du dos o Épaule o Cou o Hanche o Genou</i>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11. Êtes-vous enceinte ou prévoyez-vous l'être d'ici peu?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	12. Êtes-vous âgé de plus de 69 ans et physiquement <b>inactif</b> ?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	13. Êtes-vous âgé de plus de 35 ans et est-ce que plus <b>d'un</b> an s'est écoulé depuis votre dernière visite chez le médecin?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	14. Connaissez-vous une autre raison pour laquelle vous ne devez pas faire d'activités physiques?

**Si vous avez répondu "OUI" à une ou plusieurs questions :**

Vous êtes responsable d'en discuter avec votre médecin (par téléphone ou en personne) AVANT d'entreprendre tout programme de conditionnement physique. Il est possible que vous puissiez entreprendre toute activité désirée, à la condition de commencer doucement et progresser lentement. Certaines activités peuvent s'avérer dangereuses pour vous. C'est votre responsabilité de parler à votre médecin et à entraîneur qualifié des activités que vous désirez entreprendre en vous assurant de suivre tous leurs conseils. Les surveillants du gymnase et les entraîneurs en conditionnement sont là pour répondre à toutes vos interrogations concernant votre conditionnement physique.

**Si vous avez répondu "NON" à toutes ces questions :** Vous pouvez vous considérer suffisamment en forme pour entreprendre un programme de conditionnement. Vous débutez en douceur et progressez lentement. Voilà la façon la plus bénéfique et sécuritaire. Discuter avec un entraîneur qualifié **avant** de commencer tout programme de conditionnement. Si vous êtes un membre en règle de la salle de musculation, nous vous suggérons de prendre un rendez-vous avec le surveillant pour une session d'information sur les équipements et les programmes disponibles.

**Allergies / Autres infos médicale:** \_\_\_\_\_

J'atteste avoir lu, compris et dûment rempli ce questionnaire. Par la présente, je reconnais que ma participation aux dits programmes est mon entière volonté. *Si après avoir rempli ce formulaire, il y a des changements concernant ma santé, j'ai l'entière responsabilité d'en informer mon entraîneur.*

SIGNATURE : \_\_\_\_\_

DATE : \_\_\_\_\_