

Association LES AMIS DE COLOMBLANCHE
A joindre obligatoirement à votre inscription aux cours
de KineSynergies en salle

Questionnaire individuel SANTE 2020/21

Pour des raisons d'assurance et afin de mieux pouvoir vous guider dans le programme d'exercices, merci de bien vouloir compléter ce document qui sera traité avec la plus grande confidentialité. [A compléter sur écran.](#)

Si vous souhaitez ne pas répondre à ce questionnaire, il vous faudra obligatoirement présenter le certificat médical fourni en page 4.

Prénom : NOM :
Inscrit(e) à (ville) : Date de naissance :
Sexe : Femme Homme E-mail :

Cochez les cases appropriées pour votre situation et indiquez les précisions si nécessaire.

DURANT LES SIX DERNIERS MOIS :

- J'ai ressenti des douleurs dans la poitrine, des essoufflements inhabituels ou un malaise.
- J'ai eu des problèmes respiratoires (hors allergies), par exemple asthme, suites du Covid-19 ou autre.
- J'ai eu une perte de connaissance.
- Je ressens des douleurs, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, tendinite) – Précisez :
- Je souffre d'une pathologie douloureuse et chronique – Précisez :
- J'ai subi une intervention chirurgicale – Précisez :


ANTECEDENTS depuis le début de l'âge adulte :

Merci de lister brièvement l'année, la pathologie ou le traumatisme, et la localisation

Année	Pathologie, Opération ou Traumatisme ET localisation physique	J'en souffre encore
		<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui
		<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui
		<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui
		<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui
		<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui
		<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui

Les informations données sur ce formulaire sont traitées de façon strictement confidentielles et ne seront jamais transmises à une quelconque personne ou organisation.

[Merci de compléter le diagramme approprié \('femme' en p.2 ou 'homme' en p.3\)](#)

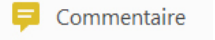
Utilisez la fonction COMMENTAIRES de votre logiciel Adobe Reader DC en cliquant sur  pour indiquer l'emplacement des douleurs et donnez des précisions - Dans l'alternative, vous pouvez imprimer et scanner ou envoyer une photo de cette page.



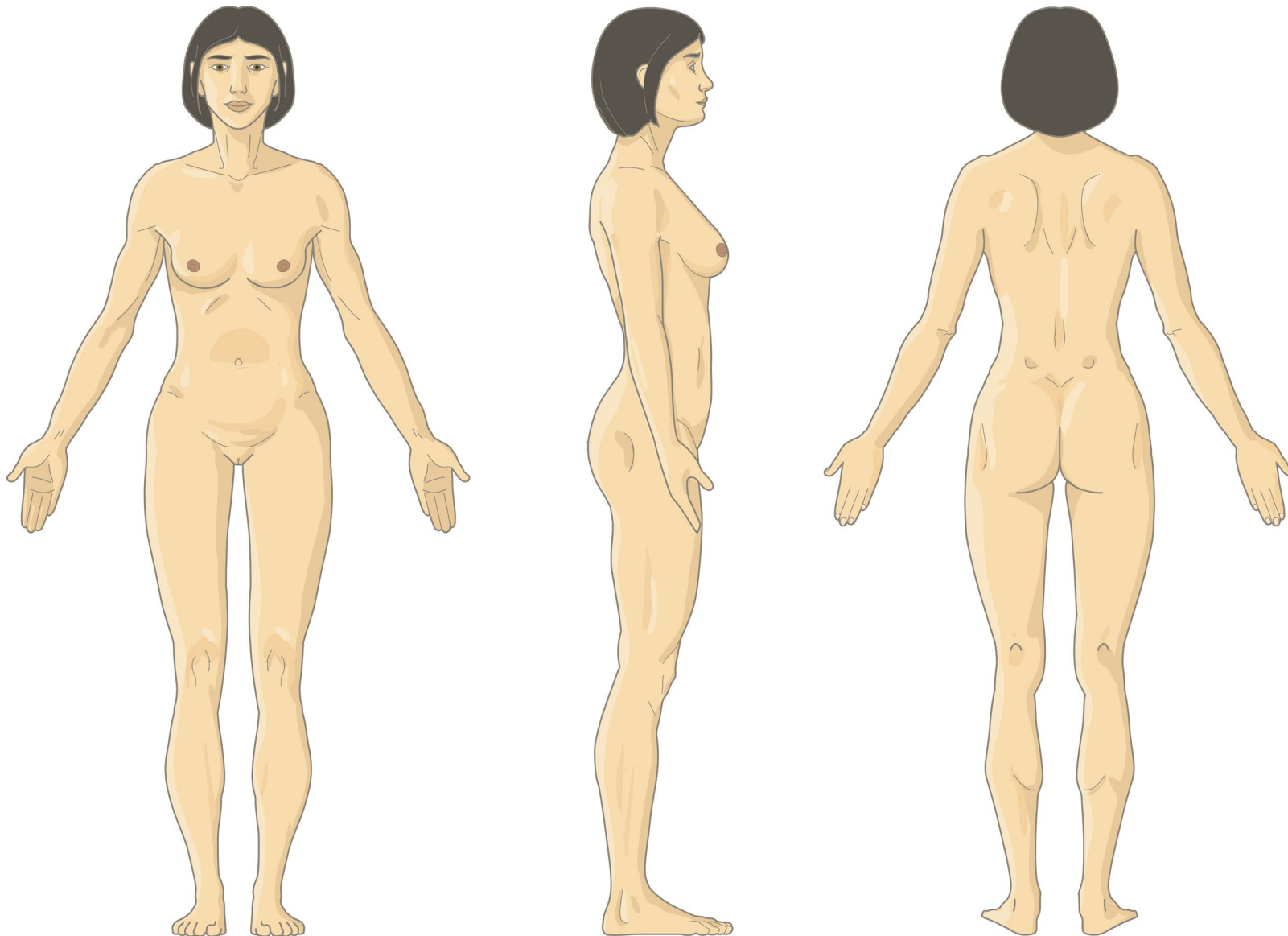
122%




ou



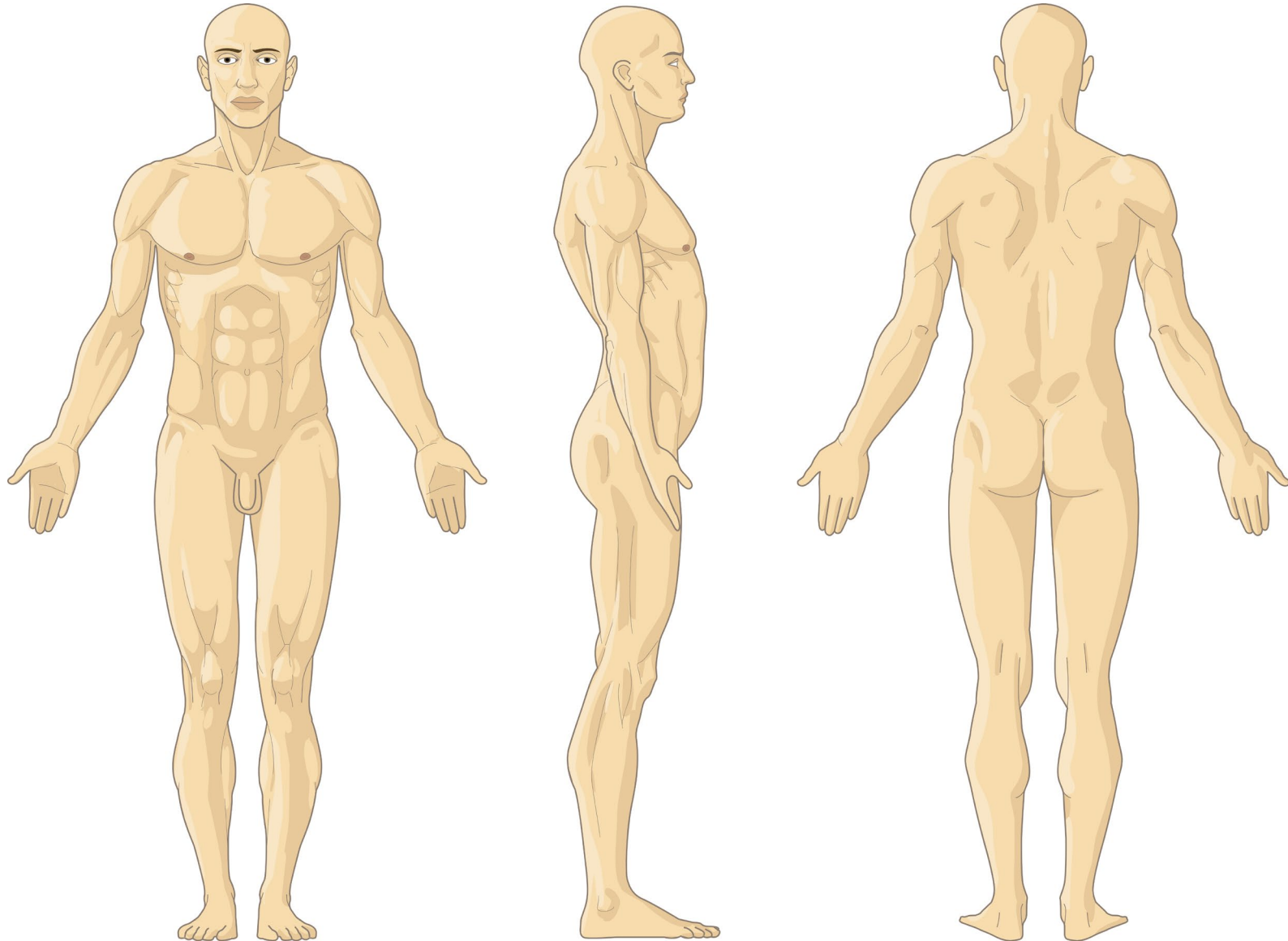
pour



Utilisez la fonction COMMENTAIRES de votre logiciel Adobe Reader DC en cliquant sur  pour indiquer l'emplacement des douleurs et donnez des précisions - Dans l'alternative, vous pouvez imprimer et scanner ou envoyer une photo de cette page.



pour



Certificat médical à présenter obligatoirement SI vous ne souhaitez pas compléter le questionnaire santé en pages 1 à 3.
Dans ce cas, veuillez imprimer cette page et la remettre à votre médecin.

Certificat d'aptitude à pratiquer les exercices en méthode de KineSynergies (mouvements à visée thérapeutique)

Je soussigné, Docteur.....demeurant à

Certifie avoir examiné ce jour M./M^{me}/M^{elle}

Né(e) le:..... demeurant à:

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique des exercices de KineSynergies.

Je lui fais part de la nécessité d'informer l'accompagnateur en KineSynergies en charge des cours d'une quelconque blessure ou pathologie qui pourrait nécessiter une adaptation de certains mouvements afin de soulager ou tout au moins de ne pas aggraver les douleurs causées par la blessure.

En établissant ce certificat, j'affirme avoir / ne pas avoir connaissance du cursus des exercices de KineSynergies.

Fait à, le

Cachet et Signature du médecin :