

# QUESTIONNAIRE DE SANTE

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél 1 : \_\_\_\_\_ Tél 2 : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Comment t avez-vous connu Alizés Pilates Studio ? \_\_\_\_\_

## - CERTIFICAT MEDICAL OBLIGATOIRE -

Un certificat médical autorisant la pratique de la méthode Pilates est obligatoire.  
Merci de le demander à votre médecin traitant, lors d'une prochaine visite

Avez-vous des problèmes de santé ?  Oui  Non

Si oui lesquels ? \_\_\_\_\_

Etes-vous enceinte ? \_\_\_\_\_

Si oui depuis combien de temps ? \_\_\_\_\_

Avez-vous subi des opérations chirurgicales ? \_\_\_\_\_

Autre \_\_\_\_\_

**Souffrez-vous de :**

Hypertension  Oui  Non Détails \_\_\_\_\_

Maux de dos  Oui  Non Détails \_\_\_\_\_

Ostéoporose  Oui  Non Détails \_\_\_\_\_

Prothèses ?  Oui  Non Détails \_\_\_\_\_

Problèmes Cardiaques  Oui  Non Détails \_\_\_\_\_

Autre \_\_\_\_\_

**- DECHARGE DE RESPONSABILITE D'ALIZES PILATES STUDIO -**

Je suis informé(e) que la pratique des activités de la méthode Pilates, comme la pratique de toute activité physique et sportive, peut aggraver des problèmes physiques existants. L'utilisation des équipements pouvant entraîner des risques de blessures, j'en assume l'entière responsabilité.

Je ne manquerai de prévenir mon professeur de ce qui serait en mesure de contraindre ma participation aux exercices du programme.

Je suis également informé(e), que mon professeur d'Alizés Pilates Studio n'est pas en mesure de diagnostiquer des déficiences ou des maladies et je renonce à toute plainte qui impliquerait la responsabilité du professeur et celle d'Alizés Pilates Studio.

Je suis informé(e) que toute leçon non décommandée 24h à l'avance est due dans sa totalité et sera décomptée de mon forfait sauf sur présentation d'un certificat médical.

Lu et approuvé

Date et signature