



Questionnaire médical et Décharge:

Nom : _____

Adresse: _____

Téléphone: _____ Cell: _____

Sexe: _____ Âge : _____

En cas d'urgence nous contactons:

Nom: _____ Téléphone: _____

Relation avec vous : _____

- A. Votre médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'un problème cardiaque et que vous ne deviez participer qu'aux activités prescrites et approuvées par votre médecin ? _____
- B. Ressentez-vous une douleur dans la poitrine lorsque vous faites de l'exercice ? _____
- C. Au cours du mois dernier, avez-vous ressenti des douleurs dans la poitrine en dehors des périodes pendant lesquelles vous participiez à des activités physiques ? _____
- D. Éprouvez-vous des problèmes d'équilibre associés à des étourdissements, ou vous arrive-t-il de perdre connaissance ? _____
- E. Avez-vous des problèmes osseux ou articulaires (par exemple aux genoux, au dos, ou aux hanches) qui pourraient s'aggraver par votre niveau d'activité physique ? _____
- F. Des médicaments vous sont-ils prescrits en ce moment pour contrôler votre pression artérielle, un problème cardiaque ou du diabète (par exemple des diurétiques) ? _____

G. Connaissez-vous une autre raison pour laquelle vous ne devriez pas effectuer des activités physiques ? _____

H. Avez-vous des allergies connues qui pourraient mettre votre vie en danger ? _____

Si vous avez répondu oui à une ou plusieurs de ces questions, vous devez demander l'avis de votre médecin avant de vous inscrire à un de nos programmes .

I. Faites-vous de l'activité physique ? _____

Si oui, combien de fois par semaine et veuillez détailler:

J. Avez-vous subi une blessure qui pourrait limiter vos mouvements: _____

Si oui, veuillez expliquer:

Je comprends et je suis conscient(e) que toute activité ou programme que je pratique à CrossFit De La Cité m'expose à un risque de blessure. Je suis d'accord qu'il est de mon entière responsabilité et non celle de CrossFit De La Cité de consulter un médecin avant de participer à un des programmes chez CrossFit De La Cité.

J'autorise le personnel ou toute autre personne de CrossFit De La Cité à effectuer ce qui est nécessaire dans le cas d'une blessure. Je suis aussi d'accord qu'il est de ma responsabilité de consulter un médecin et de faire un suivi suite à une blessure. CrossFit de La Cité pourrait me demander une autorisation écrite de mon médecin pour poursuivre toutes mes activités à CrossFit De La Cité suite à une blessure.

Je libère, CrossFit De La Cité, la direction, ses employés, consultants, sous contractants indépendants de toute responsabilité de blessures personnelles ou autres dus à ma participation aux activités faisant partie d'un programme de CrossFit de La Cité.

Signé en bonne foi a Vaudreuil-Dorion,

Signature: _____ Date: _____

Direction : _____ Date: _____



Medical Questionnaire and Waiver:

Name: _____

Address: _____

Phone: _____ Cell: _____

Sex: _____ Age: _____

In case of emergency we contact:

Name: _____ Phone: _____

Relationship to you: _____

A. Have you ever been told by your doctor that you have a heart condition and that you should only do activities prescribed and approved by your doctor?

B. Do you feel pain in your chest when you 're exercising? _____

C. Over the past month, have you had pain in the chest outside the periods in which you participate in physical activities? _____

D. Do you experience balance problems associated with dizziness, or does it happen you have lost of consciousness ? _____

E. Do you have a bone or joint problem (eg knee, back, hip) that your level of physical activity could make that worse? _____

F. Are you Currently on Medications you are been prescribed to control your blood pressure, heart problems or diabetes (eg diuretics) ? _____

G. Are you aware of another reason why you should not do physical activities?

H. Do you have any known allergies that could put your life in danger? _____

If you answered yes to one or more questions, you should seek the advice of your doctor before you enroll in one of our programs.

I. Do you perform physical activity? _____

If yes, how often and detailed:

J. Have you suffered an injury or which could limit your movements:

If yes explain: _____

I understand and am aware that any activities or program that I perform at CrossFit De La Cité exposes me to a risk of injury. I agree that this is my responsibility and of CrossFit de la Cité to consulted a doctor before enrolling in a program or perform all activities at CrossFit De La Cité.

I authorize the staff or any other people of CrossFit De La Cité to perform what is necessary in the case of an injury. I am also aware that it is my responsibility to seek medical attention and to do a follow up after an injury. CrossFit de la Cité may require written permission from my doctor to continue or resume all my activities has CrossFit De La Cité following an injury.

I release, CrossFit De La Cité , management , employees, consultants, independent contractors of all personal injury liability , body shame or the other has my interests in all activities of a program CrossFit De La Cité .

Signed in good faith Vaudreuil- Dorion,

Signature: _____ Date: _____

Direction: _____ Date: _____