CERTIFICAT MEDICAL
QUESTIONNAIRE
POUR LES ATELIERS
FORM' EQUILIBRE ET FORM'BIEN ETRE

Votre patient ou patiente Monsieur ou Madame..... souhaite participer aux ateliers Form'équilibre ou Form'bien-être.

Ces ateliers ont pour objectifs de pratiquer une activité physique douce, à renforcer l'équilibre, à réduire les risques de chutes des séniors par :

Une information sur les facteurs de risque,

Des exercices physiques ciblés, renforçant la musculature, la posture et l'équilibre,

Un apprentissage de gestion des actes de la vie quotidienne,

Une amélioration de la souplesse.

Ces ateliers se font dans le cadre d'un programme régional de prévention initié par un certain nombre de partenaires et déployés par l'ASEPT Gironde.

Afin que Monsieur ou Madame …… né(e) le ..... participe en toute sécurité à ces ateliers, merci de bien vouloir répondre à ce questionnaire de santé.

1 – Votre patient(e) présente –t-il (elle) une contre-indication à l'exercice physique en collectif ?

Oui non

2 – Votre patient(e) présente-t-il une limitation de l'amplitude du mouvement d'une articulation ?

Oui non

Si oui : quelle articulation ? …….

Pour quel mouvement : ……..

3 – Votre patient(e) présente-t-il (elle) une altération d'un des moyens de communication ?

Oui non

Si oui, lequel ? ……..

4 – Votre patient(e) présente-t-il (elle) déjà un facteur de risque de chute ?

Vasculaire	oui	non
Articulaire	oui	non
Métabolique	oui	non
Autre	oui	non

Lequel : ……..

La présence d'un facteur de risque n'interdit pas la participation aux ateliers mais sa connaissance permet une meilleure adaptation des exercices et une surveillance ciblée par l'éducateur sportif, animateur des séances.

Suggestions et/ou remarques :

……
……
……
……
……

<u>Cadre et signature du médecin</u>