

Bilan de santé du client

Informations sur le client

Nom et prénom :

Grandeur :

Date de
naissance:

Poids :

Téléphone :

Âge :

Adresse :

Code postal :

Bilan de santé

(3) = Pas

(2) = Peu

(1) = Beaucoup

**Votre expérience
d'entraînement**

(3) = Mauvaise

(2) = Moyenne

(1) = Bonne

Votre qualité de sommeil

Bilan de santé (Questions / Réponses)

Avez-vous des antécédents de blessures ? Si oui, lesquels ?

Souffrez-vous de problèmes ou de limitations articulaires ? Si oui, lesquels ?

Avez-vous ou avez-vous déjà eu des problèmes cardiaques ? Si oui, lesquels ?

Avez-vous ou avez-vous déjà eu des maladies, telles que le cancer, l'asthme, le diabète de Type 1 – Type 2, un taux de cholestérol élevé, etc. ?

Prenez-vous des médicaments ? Si oui, lesquels ?

Avez-vous d'autres informations pertinentes à me divulguer avant l'élaboration de votre programme ?

Quels sont vos objectifs ?

Décharge de responsabilité

Je, _____, m'engage à remplir le questionnaire sur l'aptitude à l'activité physique et la capacité physique, dont copie est jointe à la présente pour en faire partie intégrante et je déclare avoir répondu au questionnaire (bilan de santé), en toute sincérité et honnêteté.

Je reconnais expressément que je suis pleinement informé et conscient que la force, la flexibilité et l'exercice d'aérobie, y compris l'utilisation d'équipements et/ou de poids comportent des risques inhérents que je consens à assumer. Je renonce par les présentes à invoquer ces risques inhérents aux activités physiques, ayant volontairement accepté de les assumer, aux termes d'un ou de programmes prodigués par SB FIT, ses mandataires, affiliés, représentants et/ou employés.

Je reconnais au surplus avoir été informé que le programme d'activités physiques comporte des risques de blessures et/ou d'accidents et j'accepte, en toute connaissance de cause, les risques liés à ma participation au programme d'activités physiques. J'ai choisi de plein gré, en toute connaissance de cause, d'exercer ces activités et d'utiliser les équipements.

Je reconnais avoir été informé de l'importance de consulter un médecin avant d'entreprendre un programme d'activités physiques et je déclare, aux termes des présentes, qu'il n'existe aucune cause médicale ou autre, qui m'interdit de me livrer à un tel programme d'activités physiques, peu importe l'intensité dudit programme d'activités physiques.

Je dégage pleinement et entièrement, SB FIT, ses mandataires, représentants, affiliés, entraîneurs et tout personnel à l'emploi de SB FIT d'une quelconque responsabilité résultant directement ou indirectement de ma participation au programme d'activités physiques prodigué par SB FIT.

Signature du client

Date