



Fiche médicale

Nom: _____

E-mail: _____

Date de naissance: ____ - ____ - ____ Profession /Work : _____

★ Prenez-vous des médicaments? Non/Oui

Détail :

★ Avez-vous été ou êtes-vous en dépression majeure ? Non/Oui

Quand:

★ Avez-vous été ou êtes-vous d'anxiété majeure ? Non/Oui

Quand:

★ Avez-vous déjà vécu des crises de psychoses ? Non/Oui

Quand:

★ Des crises d'anxiété ou d'angoisses paralysantes ? Non/Oui

Quand:

★ Avez-vous déjà vécu des crises de panique? Non/Oui

Quand:

★ Êtes-vous enceinte? Non/Oui

Combien de semaines ? : _____

Avez-vous déjà une diastase pathologique? _____

★ Avez-vous des troubles de la pression artérielle? Non/Oui

Détail:

★ Souffrez-vous de problèmes cardiaques ou respiratoires? Non/ Oui

Détail :

★ Souffrez-vous d'étourdissements ou de nausées? Non/Oui

Détail :

★ Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale? Non/Oui

Détail:

- ★ Avez-vous des problèmes de dos, des problèmes articulaires (nuque, épaule, genoux...) ou ressentez-vous des douleurs particulières? Non/Oui

Détail :

- Je désire recevoir des nouvelles de votre école et de vos activités (cours, ateliers, formations, retraites)

ENTENTE

L'école Yoga Yūni Montréal n'est en aucun cas tenu responsable en cas d'accidents dans l'espace ou en dehors de l'espace, d'omission ou de fausses déclarations médicales, de réactions dues à une prise de médicaments avant, pendant ou après les exercices.

Je (l'élève) suis conscient(e) que tout exercice physique présente un risque.

Nom _____

Signature

Date

Lieu

