

# PROJET

Formulaire pour les membres  
du Club Hors-Piste

Nom, prénom :

DDN :

RAMQ :

Téléphone :

Courriel :

## Formulaire de consentement à participer à des activités sportives et de plein air du Club Hors-Piste

Par la présente, j'exprime mon intérêt à participer aux activités physiques offertes par les intervenants du Club Hors-Piste en collaboration avec ses partenaires.

Je m'engage à fournir les renseignements pertinents aux professionnels afin de les aider à m'offrir un encadrement adéquat et à remplir au meilleur de mes connaissances le verso de ce document.

Je m'engage également à respecter à la fois les règles et procédures des différents établissements associés à ces activités, ainsi que les consignes qui me seront données par les intervenants.

J'autorise les intervenants du Club Hors-Piste à communiquer avec mon médecin pour transmettre des informations relatives à ma condition. Je les autorise également à donner aux responsables des organismes associés les informations pertinentes concernant ma santé.

J'autorise aussi mon médecin traitant à donner les informations contenues dans mon dossier et qui sont nécessaires à mon suivi aux intervenants du Club Hors-Piste.

Enfin, j'accepte d'être contacté pour vérifier mon intérêt à participer à des projets de recherche ou d'évaluation.

**Signature du participant :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_

**Signature du témoin :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_

**SUITE AU VERSO...**

---

**QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION SOMMAIRE RELATIVEMENT À L'ÉTAT DE SANTÉ**

**Veillez répondre à ces questions au meilleur de votre connaissance :**

	Oui	Non
1. Avez-vous déjà eu un problème cardiaque (Infarctus, angine, problème de valve, trouble du rythme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale (pontage, remplacement de valve...) ou une angioplastie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Avez-vous déjà subi un accident cérébral vasculaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Avez-vous des douleurs dans la poitrine lorsque vous faites de l'exercice ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Avez-vous eu des douleurs dans la poitrine au repos, au cours du dernier mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Avez-vous subi une hospitalisation ou des traitements importants au cours de la dernière année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Au cours des 6 derniers mois, votre état de santé général s'est-il détérioré?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Êtes-vous atteint de diabète ou avez-vous un taux de sucre élevé dans le sang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Avez-vous un problème respiratoire (emphysème, bronchite chronique, fibrose kystique, chirurgie pulmonaire...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Avez-vous de la difficulté à respirer au repos ou à l'effort léger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ressentez-vous parfois des étourdissements ou des faiblesses avec ou sans perte de conscience?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Prenez-vous des médicaments pour contrôler votre tension artérielle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Avez-vous des problèmes osseux ou articulaires qui pourraient s'aggraver avec l'activité physique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Avez-vous des problèmes d'équilibre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Avez-vous des allergies connues ? Si oui, lesquelles :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
Initiales du participant : _____		

Commentaires/précisions : \_\_\_\_\_

---

---

---