

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

- 1- Ressentez-vous fréquemment des douleurs à la poitrine ou au coeur ? _____
- 2- Faites-vous usage de médicaments pour :
le coeur ? _____ la pression ? _____ le diabète ? _____ autre ? _____
- 3- Ressentez-vous des étourdissements ou des faiblesses ? _____
Si oui, à quelles fréquences ? _____
- 4- Souffrez-vous de : (si oui spécifiez)
Maladie du coeur : _____
Maladie respiratoire : _____
Hypertension : _____
Déviation de la colonne ou hernie : _____
Maladie nerveuse : _____
Allergie(s) : _____
Glaucome : _____
Migraines : _____
Autre(s) : _____
- 5- Ressentez-vous régulièrement des douleurs musculaires ou articulaires dans certaines parties de votre corps ? _____ Si oui, lesquelles ? _____

- 6- Êtes-vous enceinte ? _____ Si oui, de combien de semaines ? _____
- 7- À quand remonte votre dernière visite chez le médecin ? _____
- 8- Avez-vous déjà fait du yoga ? _____
Si oui, quand et à quel endroit ? _____
- 9- Pratiquez-vous d'autres activités physiques régulières ? _____
Si oui, lesquelles ? _____
- 10-Comment avez-vous pris connaissance de notre studio ? _____
- 11-Quelles sont vos attentes par rapport au yoga ? _____
- 12-Quelles sont vos craintes face au yoga ? _____

*** Je m'engage à faire preuve de patience, de persévérance, de discipline, d'ouverture et de non-jugement envers moi-même, et ce, à chaque pratique.**

Nom du participant : _____ Téléphone : () _____

Signature: _____