



# KARATE SANTE



## FICHE INDIVIDUELLE D'INFORMATIONS

Dans le cadre du **KARATE SANTE**, pour que votre parcours pédagogique se déroule dans les meilleures conditions de sécurité et afin que vous puissiez pratiquer en protégeant votre intégrité physique, il est essentiel que votre professeur connaisse au mieux votre passé médical et sportif.

Merci de bien vouloir remplir ce questionnaire et le remettre à votre professeur le jour de votre inscription.

Nom :

Prénom :

Profession :

Age :

Adresse :

N° de téléphone :

- **Quelle est votre motivation ?**       LOISIR       ENTRETIEN       SANTE
- **Avez-vous déjà pratiqué une activité Physique ?**    OUI       NON
- Si oui laquelle
- Pendant combien de temps
- Dans quelles conditions
- **Dans votre vie quotidienne**
- Considérez-vous que vous soyez :     ACTIF       SEDENTAIRE       PASSIF
- **Prenez-vous actuellement des médicaments ?**    OUI       NON
- Si oui précisez lesquels ? :
- **Avez-vous déjà été hospitalisé ?**                    OUI       NON
- Si oui pour quelle(s) raison(s) ?
- **Avez-vous des problèmes de mobilité ?**            OUI       NON
- Si oui quelle est l'origine du trouble ?
- **Avez-vous des douleurs neuromusculaires ?**    OUI       NON
- Si oui dans quelles conditions :
- Évaluez le niveau de votre douleur sur une échelle de 1 à 10 :

- **Rencontrez-vous des problèmes avec tout ce qui peut altérer la réalisation d'un mouvement correct ?**

MEMOIRE  LATERALISATION  CONCENTRATION  COORDINATION

- **Etes-vous sujet aux vertiges ?** OUI  NON

- **Avez-vous des antécédents cardio-vasculaires ?** OUI  NON

Si oui quelles sont-ils ?  
(Infarctus du myocarde, coronaropathie ..)

- **Avez-vous des fragilités articulaires ?** OUI  NON

Si oui lesquelles ?

- **Avez-vous des antécédents respiratoires ?** OUI  NON

Si oui à quoi

- **Etes-vous fumeur ?** OUI  NON

Si oui nombre de cigarettes par jour

- **Avez-vous des antécédents neurologiques ?** OUI  NON

- **Avez-vous d'autres antécédents médicaux ?** OUI  NON

DIABETE

MALADIE DE LA COAGULATION

AUTRES

CANCER : Quel type :

HYPER TENSION ARTERIELLE

- **Portez-vous des lunettes ?** OUI  NON

- **Portez-vous des lentilles ?** OUI  NON

- **Portez-vous des stents ?** OUI  NON

- **Portez-vous des prothèses ?** OUI  NON

Si oui :  DENTAIRE  ARTICULAIRE  AUDITIVE

Date :

SIGNATURE DE L'ADHERENT

**KARATE SAIN PORTEUR DE VALEUR ET D'EXEMPLARITE**