



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