



# DEMANDE D'INSCRIPTION TAI CHI CHUAN

<b>Année :</b>	<b>Date</b>	
<b>Prénom:</b>		
<b>Nom:</b>		
<b>Adresse:</b>		
<b>Ville:</b>		
<b>Code Postal:</b>		
<b>Téléphone:</b>	<b>Courriel:</b>	
<b>Date de naissance:</b>		
<b>Paiement :</b>	<b>Reçu par :</b>	

## QUESTIONNAIRE MÉDICAL

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| 1. AFFECTION DES SENS:   | OUI/NON   | 5. PROBLÈMES MUSCULO-SQUELETTIQUES:   | OUI/NON   |
| A. Souffrez-vous d'une affection visuelle?   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | A. Avez-vous une limitation de mouvement d'un de vos membres ou de la colonne vertébrale? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| B. Portez-vous des lunettes?   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | B. Souffrez-vous de faiblesse musculaire?   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| C. Portez-vous des verres de contacts?   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 6. PROBLÈMES SYSTÉMIQUES:   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| D. Avez-vous des problèmes auditifs?   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | A. Souffrez-vous de diabète?  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 2. AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX:  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 7. PROBLÈMES CARDIO-VASCULAIRES:  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| A. Souffrez-vous d'évanouissements?  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | A. Souffrez-vous d'une affection cardiaque ou vasculaire?                                 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| B. Souffrez-vous d'épilepsie?  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 8. PROBLÈMES CUTANÉS:   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| C. Avez-vous souffert de traumatisme crânien dernièrement?                                 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | A. Souffrez-vous de maladie contagieuse de la peau?                                       | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| D. Souffrez-vous de désordres cervical ou neurologique autres que ceux mentionnés ci-haut? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 9. AUTRES CONDITIONS:   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 3. AFFECTIONS RESPIRATOIRES:   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | A. Prenez-vous des médicaments?   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| A. Souffrez-vous d'asthme ou de bronchite chronique?                                       | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | B. Avez-vous subi une intervention chirurgicale dernièrement?                             | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 4. PROBLÈMES RÉNAUX:   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | C. Souffrez-vous de maladie ou d'affection autres que celles mentionnées ci-haut?         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| A. Avez-vous souffert ou souffrez-vous d'une maladie rénale quelle qu'elle soit?           | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |   |   |

**POUR VOTRE SÉCURITÉ, NOUS VOUS DEMANDONS DE CONSULTER VOTRE MÉDECIN SI VOUS AVEZ RÉPONDU "OUI" À UNE OU À PLUSIEURS QUESTIONS MENTIONNÉES ET D'ENVOYER UNE COPIE DU RAPPORT MÉDICAL À VOTRE INSTRUCTEUR AVEC LES RECOMMANDATIONS DU MÉDECIN.**