

# POINTE-CLAIRE MASTERS SWIM CLUB

## Registration Form 2018-2019



Name:	Date of birth: <small>YYYY-MM-DD</small>	Medicare:
Street:		Postal Code:
City:	Tel (home):	Tel (cell):
Email:		New Members: Have you swum with Masters elsewhere? <b>YES</b> <b>NO</b>
Emergency contact:	Relation:	Tel:
Multi-Card Pointe-Claire Residents:		Expiry Date:
My goal this year: I want the coaches to help with:		

### PAR-Q

For your safety we ask that you complete and comply with the recommendations of the following Physical Activity Readiness Questionnaire (Par-Q) before engaging in physical activity.

YES	NO	QUESTION
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Has your doctor ever said that you have a heart condition? <small><input type="checkbox"/> Heart Attack   <input type="checkbox"/> Stroke   <input type="checkbox"/> Arrhythmia   <input type="checkbox"/> High blood pressure   <input type="checkbox"/> Other _____</small>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Do you feel pain in your chest when you do physical activity?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. In the past month, have you had any chest pain when you were <b>not</b> doing physical activity?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Are you a diabetic?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Are you asthmatic?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Are you currently taking medication for the following? <small><input type="checkbox"/> Blood pressure   <input type="checkbox"/> Cholesterol   <input type="checkbox"/> Blood sugar   <input type="checkbox"/> Heart medication   <input type="checkbox"/> Other _____</small>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Do you lose balance because of dizziness and/or do you ever lose consciousness?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Do you have Arthritis? <i>Joints affected:</i> _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Do you have Osteoporosis? <i>Area affected:</i> _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Are you currently experiencing, or have you ever had, any pain in the following: <small><input type="checkbox"/> Upper Back   <input type="checkbox"/> Lower Back   <input type="checkbox"/> Shoulder   <input type="checkbox"/> Neck   <input type="checkbox"/> Hip   <input type="checkbox"/> Knee</small>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Are you pregnant or planning to become pregnant in the near future?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Are you over 69 years of age and physically <b>inactive</b> ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Are you over 35 years of age and has it been over ONE year since you have seen a physician?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Do you know of any other reason why you should NOT participate in physical activity?

**If you answered YES to one or more questions:**

It is **your** responsibility to talk with your doctor by phone or in person **BEFORE** you start becoming much more physically active. You may be able to do any activity that you want – as long as you start slowly and build up gradually. Certain activities may be unsafe for you. It is **your** responsibility to talk to your doctor and a certified fitness trainer about the type of activities you wish to participate in and follow his/her advice. Gym supervisors and fitness instructors are available to help answer any questions and concerns that you may have about exercising.

**If you answered NO to all questions:**

You can be reasonably sure that you can start becoming more physically active – begin slowly and build up gradually. This is the safest and easiest way to go. Speak with a certified fitness trainer or instructor before you begin exercising. If you hold a valid weight room membership, we encourage you to make an appointment with a weight room supervisor for equipment and program demonstrations.

**Allergies / Additional medical history:** \_\_\_\_\_

I have read, understood and completed this questionnaire. I hereby acknowledge that my participation in such a program is entirely voluntary on my part. If after completing this form, there are any changes to my health, it is my responsibility to advise my coach.

**I understand and accept that this membership is valid until August 10, 2018. Weight Room Card Received? YES NO**

SIGNATURE: \_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_

# CLUB DE NATATION MAÎTRES-NAGEURS

## Inscription 2018-2019



Nom :	Date de naissance : AAAA-MM-JJ	No. Ass. mal. :
Rue :	Code postal :	
Ville :	Tél (maison):	Tél (cell):
Courriel:		Avez-vous déjà nagé avec les maîtres-nageurs ailleurs? OUI NON
En cas d'urgence:	Relation:	Tél:
Carte-multi résidents de Pointe-Claire :		Date d'expiration:
Mon but cette année: J'aimerais que mes entraîneurs m'aident avec :		

### Q-AAP

Pour votre bien-être, nous vous demandons de remplir ce formulaire et de respecter les conseils du questionnaire sur l'aptitude à l'activité physique (Q-AAP) **avant** d'entreprendre tout programme d'activités physiques.

OUI	NON	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Votre médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'un problème cardiaque? <input type="checkbox"/> Crise cardiaque <input type="checkbox"/> ACV <input type="checkbox"/> Arythmie <input type="checkbox"/> Haute tension artérielle <input type="checkbox"/> Autre _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Ressentez-vous une douleur à la poitrine lorsque vous faites des activités physiques?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Au cours du dernier mois, avez-vous ressenti des douleurs à la poitrine en dehors de vos activités physiques?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Êtes-vous diabétique?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Êtes-vous asthmatique?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Présentement, prenez-vous des médicaments pour - <input type="checkbox"/> Tension artérielle <input type="checkbox"/> Cholestérol <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Désordre cardiaque <input type="checkbox"/> Autre _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Éprouvez-vous des problèmes d'équilibre reliés à une étourdissement ou vous arrive-t-il de vous évanouir?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Souffrez-vous d'arthrite? <i>Parties du corps affectées:</i> _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Souffrez-vous d'ostéoporose? <i>Parties du corps affectées:</i> _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Souffrez-vous présentement ou avez-vous déjà éprouvé des douleurs aux endroits suivants: <input type="checkbox"/> Haut du dos <input type="checkbox"/> Bas du dos <input type="checkbox"/> Épaule <input type="checkbox"/> Cou <input type="checkbox"/> Hanche <input type="checkbox"/> Genou
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Êtes-vous enceinte ou prévoyez-vous l'être d'ici peu?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Êtes-vous âgé de plus de 69 ans et physiquement <b>inactif</b> ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Êtes-vous âgé de plus de 35 ans et est-ce que plus <b>d'un</b> an s'est écoulé depuis votre dernière visite chez le médecin?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Connaissez-vous une autre raison pour laquelle vous ne devez pas faire d'activités physiques?

**Si vous avez répondu "OUI" à une ou plusieurs questions :**

Vous êtes responsable d'en discuter avec votre médecin (par téléphone ou en personne) AVANT d'entreprendre tout programme de conditionnement physique. Il est possible que vous puissiez entreprendre toute activité désirée, à la condition de commencer doucement et progresser lentement. Certaines activités peuvent s'avérer dangereuses pour vous. C'est votre responsabilité de parler à votre médecin et à entraîneur qualifié des activités que vous désirez entreprendre en vous assurant de suivre tous leurs conseils. Les surveillants du gymnase et les entraîneurs en conditionnement sont là pour répondre à toutes vos interrogations concernant votre conditionnement physique.

**Si vous avez répondu "NON" à toutes ces questions :** Vous pouvez vous considérer suffisamment en forme pour entreprendre un programme de conditionnement. Vous débutez en douceur et progressez lentement. Voilà la façon la plus bénéfique et sécuritaire. Discuter avec un entraîneur qualifié **avant** de commencer tout programme de conditionnement. Si vous êtes un membre en règle de la salle de musculation, nous vous suggérons de prendre un rendez-vous avec le surveillant pour une session d'information sur les équipements et les programmes disponibles.

**Allergies / Autres infos médicale:** \_\_\_\_\_

J'atteste avoir lu, compris et dûment rempli ce questionnaire. Par la présente, je reconnais que ma participation aux dits programmes est mon entière volonté. Si après avoir rempli ce formulaire, il y a des changements concernant ma santé, j'ai l'entière responsabilité d'en informer mon entraîneur.

**Je comprends et accepte que ceci est un abonnement valide jusqu'au 10 août 2018 \_\_\_\_\_ (initiales)**

**Carte Salle de musculation reçu : OUI NON**

SIGNATURE : \_\_\_\_\_

DATE : \_\_\_\_\_