

Nom :	Date de naiss. : aaaa-mm-jj	N° ass. médicale :
Adresse :	Code postale :	
Ville :	Tél. (mais.) :	Tél. (cell.) :
Courriel :		
En cas d'urgence :	Relation :	Tél. :
<b>Carte Multi: (résident(e) de la ville de Pointe-Claire seulement)</b> Numéro: Date d'expiration:	<b>Nouveaux membres :</b> Avez-vous déjà plongé avec les maîtres-plongeurs ailleurs? OUI      NON	

Mon but cette année : \_\_\_\_\_

.....  
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'activité physique.

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 un 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 un 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 complété ce formulaire, il y a des changements concernant ma santé, j'ai l'entière responsabilité d'en informer mon entraîneur.**

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

Je comprends et accepte que ceci est un abonnement valide jusqu'au 16 août, 2019 \_\_\_\_\_ (initiales)

**FORMULAIRE DE RENONCIATION 2018 - 2019**Je, soussigné,  

---

renonce pour moi-même, mes héritiers et administrateurs et libère la Ville de Pointe-Claire, le Club de plongeon de Pointe-Claire, ses officiels, entraîneurs, chaperons ou tout autre employé pour toutes réclamations et pertes, dommages et blessures ou mort subite par moi-même en se rendant à la piscine, dans l'enceinte de la piscine, lors de toute activité reliée à la pratique du plongeon, incluant la pratique elle-même du plongeon et au retour à la maison et pour toutes compétitions à l'extérieur pour lesquelles j'aurais été sélectionné(e) pour y participer.

---

Signature

---

Date

Je, \_\_\_\_\_, donne la permission à la Ville de Pointe-Claire d'imprimer des photos de moi dans la brochure du Centre aquatique de Pointe-Claire, dans le bulletin des nouvelles de la Ville de Pointe-Claire et/ou dans des journaux locaux.

---

Signature

---

Date