

Fiche de renseignement médicale/Medical File

** Votre adresse e-mail sera utilisée pour vous envoyer des informations concernant les horaires des classes et autres activités données par Hatha Yoga Coye*

Nom/Name: _____

Téléphone/Telephone: (____) _____ ext. : _____

Email* : _____

Date de naissance/Date of birth: ____|____|____| Profession /Work : _____

• Avez-vous des troubles de la pression artérielle? / Do you have any problems with your blood pressure? Non/No Oui/Yes

Détail : _____

• Souffrez-vous de problèmes cardiaques ou respiratoires? / Do you have any heart or respiratory problems? Non/No Oui/Yes

Détail : _____

• Souffrez-vous d'étourdissements ou de nausées? /Do you suffer from dizziness or nausea? Non/No Oui/Yes

Détail : _____

• Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale? / Have you undergone any operation? Non/No Oui/Yes

Détail : _____

• Avez-vous des problèmes de dos, problèmes articulaires (nuque, genoux...) ou ressentez-vous des douleurs particulières? / Do you have problems with your back, articular (i.e. joint) problems or any specific pain? Non/No Oui/Yes

Détail : _____

• Prenez-vous des médicaments? /Are you currently on medications?

Non/No Oui/Yes

Détail : _____

• Êtes-vous enceinte? Are you pregnant ? Non/No Oui/Yes Combien de mois ? : ____

Hatha Yoga Coye n'est en aucun cas tenu responsable en cas d'accidents dans l'espace ou en dehors de l'espace, d'omission ou de fausses déclarations médicales, de réactions dû à une prise de médicaments avant, pendant ou après les exercices.

Je (l'élève) suis conscient(e) que tout exercice physique présente un risque.

Hatha Yoga Coye is not responsible for any injury inside or outside the space, false medical declarations or any reaction due to medications taken before, during or after the class.

I (the student) am aware that there is a inherent risk in any type of physical exercise.

Signature Date
