



# Fiche d'enregistrement

Nom et prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Coordonnées téléphoniques : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Activités sportives / loisirs \_\_\_\_\_

Pourquoi souhaitez-vous pratiquer les Pilates ? \_\_\_\_\_

Veillez encercler les domaines qui sont prioritaires pour vous

PUISSANCE      FLEXIBILITÉ      REDUCTION DU STRESS      POSTURE      RELAXATION

AUTRES : \_\_\_\_\_

Quels sont vos objectifs ?

-----

*Toute information donnée sera traitée dans la plus grande discrétion.*

Les Pilates devront être pratiqués à un rythme en phase avec vos capacités. LA DOULEUR c'est la sonnette d'alarme de votre corps. Il faut l'écouter. Veuillez informer le professeur immédiatement si vous ressentez une gêne pendant la séance.

## **Votre travail/activité sportive vous amène à**

- Passer de longues périodes assises
- Vous plier
- Soulever des poids lourds
- Rester debout
- Conduire
- D'autres actions à répétition ?

## **Est-ce que vous avez déjà pratiqué les Pilates?**

- Oui Pendant combien de temps ? .....
- Non

## **Souffrez-vous de maux de têtes souvent ?**

- Oui Fréquence .....
- Non

## **Est-ce que votre médecin vous a déjà décelé un problème ou une anomalie cardiaque ?**

- Oui Veuillez expliquer .....
- Non

## **Ressentez-vous une douleur à la poitrine quand vous entreprenez une activité physique ?**

- Oui Veuillez expliquer .....
- Non

## **Êtes-vous, ou pourriez-vous être enceinte ?**

- Oui Date prévue de l'accouchement .....
- Non

## **En cas d'accouchement dans les derniers 6 mois votre accouchement a été**

- Normal
- Par césarienne

**Avez-vous des troubles de l'équilibre, des vertiges, perdez-vous connaissance ou avez-vous la tête qui tourne ou sensation de vertige quand vous faites un effort physique ?**

- Oui Veuillez expliquer .....
- Non

**Votre tension est**

- Haute
- Normale
- Basse

**Avez-vous subi des interventions chirurgicales majeures dans les 10 dernières années ?**

- Oui Veuillez expliquer .....
- Non

**Avez-vous subi des interventions chirurgicales mineures dans les 2 dernières années ?**

- Oui Veuillez expliquer .....
- Non

**Souffrez-vous d'asthme, de diabète ou faites-vous des crises d'épilepsie ?**

- Oui Veuillez expliquer .....
- Non

**Souffrez-vous d'arthrites articulaires, d'ostéoporoses, ou autre complication articulaire qui pourraient être aggravées par l'exercice ?**

- Oui Veuillez expliquer .....
- Non

**Veillez noter tous autres problèmes de santé dont vous souffrez qui pourraient avoir une incidence sur votre capacité de faire de l'exercice**

.....

Si vous avez répondu 'oui' à une ou plusieurs des questions ci-dessus, nous vous conseillons de contacter votre médecin avant de commencer les Pilates

Si pour quelque raison votre capacité de faire de l'exercice a changé, veuillez en aviser le professeur avant le début de la séance. Les exercices Pilates ne sont pas du tout dangereux mais comme avec tout type d'effort physique il est prudent de demander l'avis de votre médecin avant de débiter les cours. Ces cours ne se substituent pas aux conseils ou traitement médicaux. Il est déconseillé de pratiquer les Pilates entre la 8ème et la 14ème semaine de grossesse, sans l'accord préalable de votre professeur. Il est conseillé d'attendre 6 semaines après l'accouchement avant de recommencer à faire de l'exercice. Le professeur n'est pas responsable des éventuelles blessures liées à la participation d'un cours si :

- Votre médecin vous a déconseillé un tel exercice pour des raisons médicales
- Vous n'observez pas les consignes de sécurité ou de technique
- La blessure est causée par la négligence d'un autre participant dans le cours/la salle

**Souffrez-vous de douleur du dos ou du cou?**

- Oui Veuillez expliquer .....
- Non

**Souffrez-vous de douleur ou avez-vous des mouvements restreints dans d'autres articulations (ex. Hanche, genou, cheville, coude, épaule) ?**

- Oui Veuillez expliquer .....
- Non

**Avez-vous une hyperlaxité articulaire quelconque ?**

- Oui Veuillez expliquer .....
- Non

**Souffrez-vous de douleur lors de certains mouvements ?**

- Oui Veuillez expliquer .....
- Non

**Suivez-vous actuellement un traitement médical ou prenez-vous des médicaments ou autre chose qui pourraient affecter votre capacité d'entreprendre des exercices ?**

- Oui Veuillez expliquer .....
- Non

**Est-ce qu'un consultant spécialisé vous a conseillé les Pilates ?**

- Oui. Nous autorisez-vous à contacter ce consultant ?
- Non
- Nom.....
- Coordonnées.....

**Client**.....

**DATE** .....

**Professeur** .....

**DATE** .....