**FICHE MEDICALE**

1. **Données administratives**

|  |  |
| --- | --- |
| Date du 1er cours |  |
| Nom |  |
| Prénom |  |
| Date de naissance  |  |
| Adresse |  |
| GSM / téléphone |  |
| E-mail  |  |
| Profession  |  |
| Statut familial  |  |
| Enfants |  |
| Nom du médecin traitant |  |

1. **Anamnèse générale**

*Merci de répondre de manière complète et détaillée.*

Antécédents médicaux :

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Antécédents chirurgicaux :

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Médicaments :

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Allergie :

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

Souffrez-vous particulièrement d’un problème à la colonne vertébrale ?

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Si oui, lequel ?

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Qu’avez-vous entamé comme traitement ?

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Hygiène de vie : cigarette, alcool, drogue, quantité eau par jour, consommation quotidienne fruits et légumes, activité physique & sport, autres

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. **Attentes de l’élève**

Quelles sont vos attentes/demandes par rapport au cours de Yoga?

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Qu’attendez-vous du professeur ?

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. **Plan de travail**

Y a-t-il des objectifs à établir à court, moyen et/ou long terme avec une estimation temporelle approximative ?

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

L’élève joint également à cette fiche **un certificat médical de non contre-indications** à la pratique du yoga rempli et signé par un docteur en médecine (en y mentionnant s’il y a des contre-indications par rapport à certains mouvements en lien avec une/des pathologies) et le **certificat d’aptitude à la pratique du Yoga de la FBHY**.

L’élève déclare avoir informé son professeur de son état actuel de santé et de ses antécédents médicaux. Toutes les informations écrites sur cette fiche médicale sont sincères et complètes.

Lu et approuvé : Lu et approuvé :

Date, lieu et signature du professeur : Date, lieu et signature de l’élève :