



2275, avenue Laurier Est, Montréal (Québec), H2H 2N8
Tél. : (514) 527-4527 poste 2329, télécop. : (514) 527-0979

CERTIFICAT AUTORISANT LA PRATIQUE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE

- INFORMATION AU MÉDECIN TRAITANT -

Le Centre Viomax est un organisme sans but lucratif qui vise à offrir une gamme d'activités physiques adaptées aux personnes qui vivent ou non des situations de handicap. Les activités ont lieu dans les installations du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau en dehors des heures de fonctionnement régulier de l'établissement, c'est-à-dire à l'heure du midi, après 16h30 les jours de semaine et durant une partie de la journée la fin de semaine. Les installations du CRLB comprennent un gymnase, une piscine (avec un grand bassin chauffé à 88°F et un petit bassin chauffé à 96°F) ainsi qu'une salle de conditionnement physique contenant des appareils qui sont accessibles aux personnes en fauteuil roulant. D'autres activités ont également lieu au centre de réadaptation Constance Lethbridge.

Les participants au programme sont évalués par un intervenant qui détient une formation de niveau universitaire en kinésiologie et qui a une expérience pertinente avec la clientèle de personnes qui vivent des situations de handicap. Suite à l'évaluation initiale, un programme d'activité physique adaptée est déterminé. La supervision et le suivi est par la suite effectué, et ce constamment par le kinésologue.

La personne utilisant ce formulaire a fait une demande d'inscription à notre organisme pour pratiquer des activités physiques dans un milieu adapté. Par souci d'offrir à cette personne des services de qualité de manière sécuritaire, nous vous demandons de bien vouloir répondre aux quelques questions qui suivent.

Merci de votre collaboration.

IDENTIFICATION DU PARTICIPANT

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE COMPLETE: _____

Ville _____ Code postal _____

DATE DE NAISSANCE: _____ / _____ / _____ Tél.: () _____
jour mois année

*Si ce certificat médical date de plus d'un an, veuillez contacter le centre Viomax afin d'obtenir la dernière version.
Dernière mise à jour : 1 juillet 2010*

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

DIAGNOSTIC SECONDAIRE (Pathologie transmissible)

HISTOIRE MÉDICALE: L'individu est-il sujet à des troubles :

- | | | | | |
|--|---|------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cardio-vasculaire | <input type="checkbox"/> Musculaire | <input type="checkbox"/> Osseux | <input type="checkbox"/> Pulmonaire | <input type="checkbox"/> Articulaire |
| <input type="checkbox"/> Étourdissement | <input type="checkbox"/> Tension artérielle | <input type="checkbox"/> Épilepsie | <input type="checkbox"/> Système nerveux | <input type="checkbox"/> Asthme |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Évanouissement | <input type="checkbox"/> Visuel | <input type="checkbox"/> Infections | <input type="checkbox"/> Auditif |
| <input type="checkbox"/> Hépatites B | <input type="checkbox"/> Incontinence | <input type="checkbox"/> Allergies | <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle | <input type="checkbox"/> Troubles psychiques |

QUELLES SONT LES LIMITATIONS FONCTIONNELLES DÉCOULANT DE CE(S) DIAGNOSTIC(S)?

A VOTRE AVIS, Y A-T-IL DES CONTRE-INDICATIONS MÉDICALES À CE QUE CETTE PERSONNE PRATIQUE DES ACTIVITÉS PHYSIQUES?

oui _____ non _____ SI OUI, QUELLES SONT CES CONTRE-INDICATIONS?

Y A-T-IL UNE PRISE DE MÉDICATION AVEC INFLUENCE SUR L'ENTRAÎNEMENT?

oui _____ non _____ SI OUI, QUEL SONT CES MÉDICAMENTS?

COMMENTAIRES:

IDENTIFICATION DU MÉDECIN

Date: _____

Nom: _____

Adresse: _____ Téléphone: (____) _____

Signature: _____ Numéro de pratique: _____