



**Avant de remplir le document, vous devez télécharger ce pdf pour pouvoir le remplir adéquatement.**

## QUESTIONNAIRE MÉDICAL ET APTITUDE PHYSIQUE À DES ACTIVITÉS DE PLEIN AIR

Ce questionnaire a été conçu pour identifier les personnes pour lesquelles les activités physiques et cognitives des programmes **MAÏKANA - Intervention par l'aventure** ne seraient pas appropriées et pourraient aggraver leur condition physique et/ou psychologique, voire impacter l'expérience des autres participant(e)s. Dans le cas présent, nous demanderons les conseils d'un médecin pour vérifier si les activités proposées sont appropriées à leur condition physique, psychologique et de santé. Les informations divulguées dans ce questionnaire demeureront confidentielles. Elles seront utilisées à des fins de sécurité et de santé. Ces informations seront détruites à la fin du programme. [Ces informations seront détruites à la fin du programme.](#)

### INFORMATIONS DU (DE LA) PARTICIPANT(E)

Nom

Sexe

Âge

Groupe sanguin

No. assurance maladie

ÊTES-VOUS ENCEINTE ?

Oui

Non

Si oui, depuis combien de mois ?

### CONTACT EN CAS D'URGENCE

Nom

Lien

Tél.

## NOUS VOUS PRIONS DE RÉPONDRE CONSCIENCIEUSEMENT À CES QUESTIONS

| OUI | NON |   |
|-----|-----|---|
|     |     | 1. Un professionnel de la santé vous a-t-il déjà dit que vous avez peut-être un problème cardiaque ?  |
|     |     | 2. Avez-vous des douleurs à la poitrine ou au cœur à l'effort, au repos ?   |
|     |     | 3. Ressentez-vous des étourdissements ou des faiblesses au repos, à l'effort, au froid, à la chaleur ?  |
|     |     | 4. Un professionnel de la santé vous a-t-il déjà dit que votre tension artérielle était trop élevée ?   |
|     |     | 5. Souffrez-vous de troubles articulaires ou osseux qui pourraient être aggravés par des activités physiques et des conditions climatiques difficiles (froid, humidité)?<br><b>Si oui spécifiez :</b>   |
|     |     | 6. Souffrez-vous d'allergies (pollen, animaux, noix, lait, etc.) ?<br><b>Si oui, spécifiez :</b><br><b>Si vous avez un Épipen, indiquez où il se trouve.</b>  |
|     |     | 7. Prenez-vous des médicaments de façon régulière ?<br><b>Si oui, précisez le nom du (des) médicament(s) et la posologie :</b>  |
|     |     | 8. Avez-vous des problèmes à vous adapter au froid ou à la chaleur ?  |
|     |     | 9. Avez-vous une ou plusieurs phobies (peur des hauteurs, de l'eau, des insectes, de la noirceur, dans les endroits restreints, etc.) ?<br><b>Si oui, spécifiez :</b>   |
|     |     | 10. Portez-vous des verres (lunettes) ou des lentilles cornéennes ?   |
|     |     | 11. Avez-vous des problèmes visuels tels que de la difficulté à juger les distances et les hauteurs, très grande sensibilité à la lumière intense ou autres problèmes ne pouvant être corrigés avec des verres ou des lentilles cornéennes?<br><b>Si oui, spécifiez :</b> |
|     |     | 12. Avez-vous des problèmes auditifs assez importants pour avoir de la difficulté à communiquer avec des personnes lorsqu'elles sont près ou loin de vous ?<br><b>Si oui, spécifiez :</b>   |
|     |     | 13. Avez-vous des problèmes dermatologiques (peau) qui apparaissent ou sont aggravés par le soleil, la chaleur, le froid, etc. ?<br><b>Si oui, spécifiez :</b>  |
|     |     | 14. Êtes-vous hémophile ou prenez-vous des médicaments qui éclaircissent votre sang ?<br><b>Si oui, lesquels ?</b>  |

|  |  |
|--|--|
|  | <p>15. Avez-vous, ou avez-vous déjà eu des problèmes respiratoires (asthme, difficulté respiratoire à l'effort, au froid, à l'humidité, à la chaleur, sécessions des poumons à l'effort, etc.) ?</p> <p><b>Si oui spécifiez :</b></p>          |
|  | <p>16. Existe-t-il d'autres raisons d'ordre physique ou mental qui vous empêcheraient de partir avec un groupe loin des centres urbains et dans les conditions décrites par le responsable de l'activité?</p> <p><b>Si oui spécifiez :</b></p> |

Note : Si vous avez répondu oui à l'une des questions de la section ci-dessus, **VOUS DEVEZ COMMUNIQUER AVEC UN RESPONSABLE DE LA FORMATION ET LUI EN FAIRE PART.**

Après en avoir discuté avec une personne responsable de **MAÏKANA - Intervention par l'aventure**, j'accepte le risque additionnel qui pourrait entraîner une possible aggravation de mon état de santé (à remplir seulement si vous avez répondu oui à l'un des points).

---

Signature du (de la) participant(e)

Date

---

Signature d'un(e) intervenant(e) **MAÏKANA - Intervention par l'aventure**

Date

Si le bouton ne fonctionne pas, faire parvenir votre formulaire  
à : [aguillemette@loisir.qc.ca](mailto:aguillemette@loisir.qc.ca).