



Pour la plupart des gens, les activités physiques ne présentent pas de risque pour la santé. Ce questionnaire a été conçu pour déceler le petit nombre d'individus pour lesquels ces activités physiques intenses demande une vigilance accrue de la part de l'organisation du Centre de solidarité internationale.

Nom : \_\_\_\_\_

NO. Assurance maladie : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

Contacts en cas d'urgence

Nom : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_

Nous vous prions de répondre **CONSCIENCIEUSEMENT** à ces quelques questions.

**OUI**    **NON**

- |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Un professionnel de la santé vous a-t-il déjà dit que vous avez ou avez peut être un problème cardiaque?                                                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous des douleurs à la poitrine ou au cœur à l'effort, au repos?                                                                                                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ressentez-vous des étourdissements ou des faiblesses au repos, à l'effort, au froid, à la chaleur?                                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Un professionnel de la santé vous a-t-il déjà dit que votre tension artérielle était trop élevée?                                                                                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Souffrez-vous de troubles articulaires ou osseux qui pourraient être aggravés par des activités physiques intensives et des conditions climatiques difficiles? Spécifiez : _____                                                                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Souffrez-vous d'allergies (pollen, froid, animaux, noix, lait, etc.)? Spécifiez : _____                                                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prenez-vous des médicaments de façon régulière? Si oui, précisez le nom du (des) médicament(s) et la posologie : _____                                                                                                                               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous de la difficulté à vous adapter à la chaleur ou au froid?                                                                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Portez-vous des verres (lunettes) ou lentilles cornéennes?                                                                                                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous des problèmes visuels tels que difficulté de juger les distances et les hauteurs, une très grande sensibilité à la lumière intense ou autres problèmes ne pouvant être corrigés avec des verres ou lentilles cornéennes? Spécifiez : _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 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? Spécifiez : _____                                                                             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous des problèmes dermatologiques (peau) qui apparaissent ou sont aggravés par le soleil, la chaleur, le froid, etc.? Spécifiez : _____                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Souffrez-vous d'engourdissement au travail, au repos ou lors de tout autre genre d'activité?                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Êtes-vous hémophile ou prenez vous des médicaments qui éclaircissent votre sang?<br>Spécifiez : _____                                                                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ressentez-vous de la douleur, de la chaleur ou des crampes dans les mollets lorsque vous marchez dans une pente ou que vous montez un escalier?                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous, ou avez-vous déjà eu des problèmes respiratoires (asthme, difficulté respiratoire à l'effort, ...)?                                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Êtes vous enceinte ? Si oui, depuis combien de mois _____                                                                                                                                                                                            |

**N.B. : Si vous avez répondu oui à l'un des items du tableau, VOUS DEVEZ RENCONTRER UN ENCADREUR ET LUI EN FAIRE PART. La prochaine question est à remplir seulement si vous avez répondu oui à l'un des items du tableau**

Après en avoir discuté avec une personne responsable du Centre de solidarité internationale, j'accepte le risque additionnel qui pourrait entraîner une possible aggravation de mon état de santé.

**Initiales S.V.P.** \_\_\_\_\_

### **AUTORISATION À INTERVENIR EN CAS D'URGENCE (Adulte)**

Je, soussigné, autorise le Centre de solidarité internationale à prodiguer tous les premiers soins nécessaires. J'autorise également le CSI à prendre la décision dans le cas d'un accident à me transporter (par ambulance ou autrement) dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire, le tout, s'il y a lieu, à mes propres frais.

**Signature** : \_\_\_\_\_ **Date** : \_\_\_\_\_

J'atteste que les renseignements consignés dans la présente fiche sont exacts, et cela au meilleur de ma connaissance.

**Signature** : \_\_\_\_\_ **Parent si moins de 16 ans** : \_\_\_\_\_