



Questionnaire de santé pour :

Afin de garantir au mieux votre sécurité lors des cours, nous avons besoin de quelques informations concernant votre état de santé. Ces informations sont traitées de manière confidentielle. Si vous répondez oui à l'une des rubriques, merci de préciser de qui il s'agit : votre enfant, maman ou papa. Seul la santé des participants au cours nous intéresse.

MERCI de retourner ce questionnaire par mail ou par courrier postal à l'adresse ci-dessous.

Noms :	Prénoms :
1) Avez-vous ou votre enfant déjà perdu connaissance ? Ou êtes-vous déjà tombé(e)s en raison d'un malaise ?	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
2) Souffrez-vous d'hypertension ou hypotension ?	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
3) Souffrez-vous ou votre enfant de problèmes cardiaques ? Si oui, le(s) quel(s) ?	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
4) Souffrez-vous ou votre enfant de problèmes respiratoires ? (asthme, bronchites ...) Si oui, le(s) quel(s) ?	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
5) Suivez-vous ou votre enfant un traitement médical ou prenez-vous des médicaments régulièrement ? Si oui, le(s) quel(s) et pourquoi ?	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
6) Etes-vous non-nageur ?	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
7) Existe-t-il d'autres informations qui pourraient nous être utiles en cas d'accident ? Si oui, le(s) quel(s) ?	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
8) Puis-je compter sur vous pour m'aider lors des premiers secours en cas d'accident ? <input type="checkbox"/> Non, je ne me sens pas apte <input type="checkbox"/> Oui, je me sens apte et j'ai accompli une des formations suivantes : <input type="checkbox"/> premiers secours <input type="checkbox"/> cours samaritain <input type="checkbox"/> cours BLS-AED <input type="checkbox"/> Brevet Base Pool <input type="checkbox"/> Brevet Plus Pool <input type="checkbox"/> Brevet Pro Pool <input type="checkbox"/> j'ai une formation de :	
<input type="checkbox"/> J'ai lu les conditions générales concernant mon cours et les acceptent.	
J'accepte que mon enfant ou moi-même soyons pris en photo et que celles-ci soient éventuellement publiées.	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
Date :	Signature :

Merci de nous tenir au courant si l'état de santé de votre enfant ou le vôtre change pendant la durée du cours.



Dominique Zahnd, rue des Rois Mages 79, 1965 Savièse
info@dauphinsdepiscine.ch