



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

Section à faire remplir par le médecin traitant

1. DÉFICIENCE PHYSIQUE PRINCIPALE

2. Déficience associée / secondaire

3. Quelles sont les limitations fonctionnelles associées

4. HISTOIRE MÉDICALE s.v.p inscrire le plus d'information possible

Cardio-vasculaire : _____

Étourdissement / évanouissement : _____

Pulmonaire : _____

Perte de mémoire : _____

Musculaire : _____

Incontinence : _____

Osseux : _____

Maladies transmissibles : _____

Artriculaire : _____

Allergie (s) : _____

Trouble sensoriel : _____

À risque de chute : _____

Diabète : _____

Troubles psychiques : _____

Épilepsie : _____

Déficience intellectuelle : _____

5. Médicament (s) oui non Si oui, est-ce que cette prise de médication a une influence à l'exercice?

6. A VOTRE AVIS, Y A-T-IL DES CONTRE-INDICATIONS MÉDICALES À CE QUE CETTE PERSONNE PRATIQUE DES ACTIVITÉS PHYSIQUES en sachant qu'elle n'aura pas un ratio d'intervenant 1 pour 1 ?

oui non Si oui, quelles sont ces contre-indications ?

7. Y a-t'il des contre-indications à l'utilisation d'une piscine d'eau chaude (entre 87°F et 98°F)

8. Commentaires :

IDENTIFICATION DU MÉDECIN

Nom : _____ Prénom : _____ Date : _____

Adresse : _____ app : _____ Téléphone : () _____

Je connais ce patient depuis : _____ / _____ / _____ Médecin de famille

Jour / mois / année

Médecin spécialiste _____

Signature : _____ Numéro de pratique : _____