



PROTÉGÉ A (une fois rempli)

Formulaire d'admission

Programme de conditionnement physique adapté

Date : _____

Tous les renseignements sont fournis à titre volontaire. Je comprends que je ne suis pas obligé de divulguer toute information médicale à un spécialiste du conditionnement physique. Initiales : _____

RESTRICTIONS	Quelles activités votre fournisseur de soins de santé vous a-t-il conseillé d'éviter? (y compris les éléments ne figurant pas sur votre note médicale)		
	Au travail :	À domicile :	Pendant les séances d'exercice :
ACTIVITÉ PHYSIQUE ACTUELLE	Quels exercices effectuez-vous actuellement et sur une base régulière? Veuillez tous les énumérer.		
	Exercice prescrit par le physiothérapeute :	Exercices cardio :	Exercices de force :
DISPONIBILITÉ	Veuillez inscrire vos disponibilités, sachant que nous ne sommes pas toujours en mesure de répondre à vos préférences.		
	Matin <input type="checkbox"/> Lun <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Mer <input type="checkbox"/> Jeu <input type="checkbox"/> Ven Heure : _____	Après-midi <input type="checkbox"/> Lun <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Mer <input type="checkbox"/> Jeu <input type="checkbox"/> Ven Heure : _____	
OBJECTIF PRINCIPAL	Veuillez déterminer votre objectif principal (p. ex. résultat FORCE, gestion du poids, réalisation d'activités quotidiennes sans douleur, etc.).		
AUTRES PROGRAMMES ET SERVICES	Avez-vous de l'intérêt à connaître les programmes et services offerts par :		
	<input type="checkbox"/> Sans limites	<input type="checkbox"/> Promotion de la santé	<input type="checkbox"/> Loisirs
	<input type="checkbox"/> Sports		
★Réservé au personnel des PSP AUTRES REMARQUES	Commentaires/remarques :		
	Évaluations :		
	Programme recommandé :		
★Réservé au personnel des PSP PERSONNE AYANT TRAITÉ LE FORMULAIRE	Nom : _____		Poste : _____
	Signature : _____		Date : _____