

Questionnaire de santé – à compléter par l'apprenant avant la formation

Objectif :

Ce questionnaire a pour but d'évaluer votre capacité à suivre la formation dans de bonnes conditions physiques et de sécurité.

Les informations recueillies resteront **strictement confidentielles** et ne seront utilisées qu'à des fins d'adaptation du contenu pédagogique si nécessaire.

1. Informations générales

- Nom et prénom :
- Formation suivie :
- Date de la formation :

2. État général de santé

1. Comment évaluez-vous votre état de santé général ?
σ Excellent σ Bon σ Moyen σ Fragile
2. Avez-vous une affection, une maladie chronique ou un traitement en cours pouvant influencer votre participation à la formation ?
σ Oui σ Non
→ Si oui, précisez :
3. Êtes-vous suivi actuellement pour un motif médical particulier (kiné, ostéopathe, médecin, etc.) ?
σ Oui σ Non
→ Si oui, précisez :

3. Capacités physiques et posturales

1. Pensez-vous être en mesure de participer à des activités corporelles au sol (positions assises, à genoux, allongées) ?
σ Oui, sans difficulté σ Oui, avec adaptation σ Non
2. Pouvez-vous maintenir une position au sol pendant environ 20 à 30 minutes ?
σ Oui σ Avec pauses régulières σ Non
3. Avez-vous des douleurs articulaires ou musculaires connues ?
σ Oui σ Non
→ Si oui, indiquez les zones concernées (dos, genoux, épaules, poignets, autres) :
.....
4. Avez-vous déjà eu des blessures, opérations ou limitations de mouvement qui pourraient gêner votre pratique ?
σ Oui σ Non
→ Si oui, précisez :

4. Fatigue, stress et état émotionnel

1. Vous sentez-vous actuellement en état de suivre une formation impliquant concentration, échanges en groupe et apprentissage de gestes corporels ?
σ Oui σ Moyennement σ Non

2. Souhaitez-vous nous signaler un besoin particulier (aménagement de rythme, de posture, de matériel, etc.) ?

☐ Oui ☐ Non

→ Si oui, précisez :

Mention de confidentialité

Les informations recueillies dans ce questionnaire sont confidentielles et ne seront utilisées que par l'équipe pédagogique de Shiatsu Nord pour adapter le déroulement de la formation. Conformément au Règlement général sur la protection des données (RGPD), vous pouvez accéder à vos données, les rectifier ou demander leur suppression en contactant : shiatsu1@free.fr.

Déclaration de l'apprenant

Je déclare avoir complété ce questionnaire en toute sincérité.

Je comprends que ces informations ne valent pas certificat médical et servent uniquement à garantir ma sécurité et mon confort pendant la formation.

• **Fait à :** **Le :**

• **Signature de l'apprenant :**