

Formulaire de reconnaissance et d'acceptation des risques (Évaluation de la condition physique)

Je, _____, désire m'inscrire à un programme de conditionnement physique offert par _____

Pour déterminer clairement les activités auxquelles je peux participer ou les efforts que je peux effectuer sans risques pour ma santé et qui sont appropriés à mon état de santé et d'entraînement, je consens à me soumettre à une évaluation de ma condition physique. Cette évaluation porte, notamment, sur l'un ou l'autre, ou l'ensemble, des paramètres suivants : la composition corporelle, les capacités aérobie et anaérobie, la force et l'endurance musculaires et la flexibilité.

L'évaluation de certains paramètres peut exiger des tests à l'effort. Ce sont les suivants :

PROTOCOLE

- Test sur ergocycle _____
- Test sur tapis roulant _____
- Tests de force et endurance _____
- Tests de flexibilité _____

Autres : _____

(annexer des documents au besoin)

Formulaire de reconnaissance et d'acceptation des risques (Évaluation de la condition physique) (suite)

JE RECONNAIS par la présente que, même si peu de blessures surviennent lors de ces tests, ceux-ci comportent néanmoins certains risques. JE RECONNAIS aussi que ces risques peuvent varier d'une personne à l'autre selon son état de santé et sa condition physique. Ces risques sont, de façon plus particulière, mais non limitative, les suivants : une tension artérielle anormale, un malaise à la poitrine, un étourdissement, un évanouissement, des crampes et des nausées et rarement, une crise cardiaque.

(Il est à noter que les résultats obtenus lors de cette évaluation seront traités de façon confidentielle.)

JE RECONNAIS également qu'il est de mon devoir de :

- transmettre à l'intervenante ou l'intervenant responsable toute information pouvant être liée à ma participation aux tests, dont celle demandée dans le Questionnaire sur l'aptitude à l'activité physique (Q AAP);
- ne pas aller au-delà de mes capacités et d'aviser l'intervenante ou l'intervenant responsable de tout malaise, douleur ou symptôme ressenti pendant ou après un test.

JE SUIS INFORMÉE OU INFORMÉ :

- des objectifs des tests que je subirai ainsi que des procédures qui seront appliquées lors des dits tests, dont l'intensité de l'effort qui me sera demandé;
- que je peux cesser ma participation à un test si je ne me sens pas bien et que l'intervenante ou l'intervenant responsable peut me demander d'arrêter et de me reposer si je montre des signes anormaux ou de l'épuisement;
- que je peux soumettre mes interrogations concernant non seulement les risques, mais également les autres éléments relatifs à l'évaluation;
- qu'une personne qualifiée en réanimation cardiorespiratoire sera présente pendant les tests à l'effort.

Je déclare avoir pris connaissance des risques et des conditions énumérés dans le présent formulaire et être en mesure de me soumettre à l'évaluation EN TOUTE CONNAISSANCE DE CAUSE ET EN ACCEPTANT LES RISQUES que peuvent comporter les tests que je subirai.

Lecture faite, j'ai signé à _____ le _____

Témoïn : _____