



DECHARGE OBLIGATOIRE A SIGNER AVANT TOUTE PRATIQUE EMS

Nom, Prénom :	Date de naissance :
Rue, N° :	Code postal , Ville :
Email :	Tel :
Profession :	Objectifs recherchés :
Préférence jours de rdv : LUNDI MARDI MERCREDI JEUDI ou à domicile _____	Préférence heures de rdv : 8h à 12h --- 12h à 14h --- 14h à 17h --- 17h à 19h précisément : _____

En cas d'urgence, personne à contacter (Nom et Tél.) : _____

Contre-indications absolues pour un entraînement avec EMS

Merci d'entourer la bonne réponse :

Affections aiguës, infections bactériennes ou processus inflammatoire ?	OUI	NON
Opérations récentes (moins 2 mois) ?	OUI	NON
Artériosclérose, problèmes de circulation artérielle ?	OUI	NON
Stents ou pontages effectués depuis moins de 6 mois ?	OUI	NON
Hypertension non traitée ?	OUI	NON
Diabète sucré ?	OUI	NON
Grossesse ?	OUI	NON
Implants électriques (par exemple un pacemaker) ?	OUI	NON
Tumeurs ou cancers ?	OUI	NON
Troubles hémorragiques, tendance aux hémorragies (hémophilie) ?	OUI	NON
Affections neuronales et épilepsie ?	OUI	NON
Hernies de la paroi abdominale ou de l'aîne ?	OUI	NON
Arythmies ?	OUI	NON

Contre-indications relatives pour un entraînement avec EMS

Problèmes de dos aigus sans diagnostic ?	OUI	NON
Néuralgie aiguë, hernies discales aiguës ?	OUI	NON
Avez-vous des implants (prothèses qui remontent à plus de 6 mois) ?	OUI	NON
Affections des organes internes (en particulier des reins) ?	OUI	NON
Troubles cardiovasculaires ?	OUI	NON
Arthrose, maladies articulaires ?	OUI	NON
Epilepsie (plus de 12 mois sans crise) ?	OUI	NON
Mal des transports ?	OUI	NON
Grandes concentrations de fluides dans le corps, œdèmes ?	OUI	NON
Blessures ouvertes, plaies, eczéma, brûlures ?	OUI	NON
Varices ?	OUI	NON
Effets aigus de l'alcool, des médicaments, des stupéfiants ?	OUI	NON
Prise de médicaments ?	OUI	NON

En signant, je confirme avoir lu le questionnaire, l'avoir compris et y avoir répondu au mieux de ma connaissance. Je reconnais que la limite de validité de cette déclaration sur l'activité physique est de **12 mois à partir de la date de signature et que tout changement dans ma condition physique annule sa validité.**

Je m'engage à fournir au plus vite un certificat médical (valable 12 mois) indiquant mon aptitude à la pratique de l'électrostimulation musculaire et à le renouveler si nécessaire au-delà d'un an ou en cas de changement d'état de santé.

A respecter la validité des contrats et effectuer les séances dans le délai défini par les conditions générales de vente dont j'ai pris connaissance (disponible sur le site www.solutionelectro.com ou format papier).

A respecter l'heure du rdv (en cas de retard la séance pourra être réduite).

Toute séance décommandée moins de 48h avant ou en dehors de la validité sera décomptée.

A : _____ le : _____

Signature (lu et approuvé):