



FICHE D'INFORMATIONS – ROSE PILATES

Pour mieux vous connaître...

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Profession :

Loisirs :

Famille :

Mobile :

Adresse email :

Poids :

Taille :

Type de cancer :

Stade :

Détaillez rapidement votre vécu sportif (avant les traitements) :

Activités	Niveau	Période
.....

Depuis votre cancer, vous a-t-on conseillé l'activité physique ?

Non, on m'a interdit de pratiquer

Oui, on m'a parlé des bénéfices à pratiquer

Non, on m'a mis en garde sur les risques à pratiquer

Oui, on m'a recommandé de faire de l'activité physique

Non, on ne m'en a pas parlé

Oui, mais je ne sais pas pourquoi

Depuis votre cancer, quelle a été votre pratique physique ?

Activités	Fréquence / semaine	Heures / semaine
.....

Quelles ont été les étapes de votre traitement ?

Chirurgie	Radiothérapie	Chimiothérapie	Hormonothérapie
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, dates :	Si oui, dates :	Si oui, dates :	Si oui, dates :

Quelles sont les séquelles de votre maladie et de vos traitements ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Douleurs ou limitation de mouvement | <input type="checkbox"/> Douleurs ou faiblesse du dos |
| <input type="checkbox"/> Douleurs du membre inférieur ou supérieur | <input type="checkbox"/> Douleurs ou faiblesse du ventre |
| <input type="checkbox"/> Douleurs ou raideurs articulaires | <input type="checkbox"/> Douleurs nerveuses |

Avez-vous d'autres problèmes de santé ou d'autres douleurs ? Si oui, lesquels ?

.....
.....

Connaissez vous la méthode Pilates ? Oui Non

Connaissez-vous le Rose Pilates ? Oui Non

Certificat médical ? Oui Non

Nom de votre médecin traitant :

Nom de votre oncologue :

Nom de votre kinésithérapeute :

Bilan Rose Pilates :

Date :

Pouvez-vous vous coucher sur le ventre ? Oui Non

Pouvez-vous vous allonger sur votre côté opéré ? Oui Non

Pouvez-vous vous placer à quatre pattes ? Oui Non

Savez-vous contracter votre périnée ? Oui Non

Savez-vous bouger le ventre sans faire bouger la région lombaire ? Oui Non

Savez-vous souffler en rentrant le ventre ? Oui Non

RÈGLEMENTS

	MONTANT	CODE BANQUE	NUMÉRO DE CHÈQUE	ESPÈCES	CARTE BANCAIRE
ADHÉSION					
SEPTEMBRE					
OCTOBRE					
NOVEMBRE					
DÉCEMBRE					
JANVIER					
FÉVRIER					
MARS					
AVRIL					
MAI					
JUIN					
JUILLET					

Si vous souhaitez une facture, merci d'en faire la demande par email à Céline Nakache : centrepilatesmanosque@gmail.com

AUTORISATIONS ET ATTESTATIONS

Je soussigné(e), Madame,
valide par ces renseignements l'inscription et m'engage de ce fait à verser les sommes intégrales correspondantes aux activités pratiquées selon la fiche de tarif qui m'a été présentée.

Céline Nakache s'engage à conserver la confidentialité de toutes ces informations , qui n'ont pour but que de pouvoir assurer une communication immédiate.

Fait le : À :

Signature du client précédée de la mention « Lu et approuvé » :