

Inscription Gym Post-Partum

COORDONNEES PERSONNELLES

Nom Prénom

Adresse

Localité NPA

N° portable Email

INFORMATIONS MÉDICALES

Date de l'accouchement

Type d'accouchement Voie basse Césarienne

Présence de complications post-partum (diastasis des grands droits, prolapsus, incontinence, douleurs pelviennes, périnéales, etc.) : Oui Non

Si oui, quelles sont-elles ?

.....

Autres médicaments / remarques particulières :

.....

SPORT

Activités physiques pratiquées avant et pendant la grossesse :

.....

Limitations physique éventuelles :

.....

AUTORISATION

En signant ce formulaire, j'autorise les encadrants à prendre contact par email* avec mon gynécologue, ma sage-femme ou tout autre professionnel de la santé afin de recueillir les informations nécessaires concernant d'éventuelles contre-indications à la pratique d'une activité physique post-partum.

Contact(s) du/des professionnel(s) concerné(s) :

Nom

Email

Nom

Email

Je confirme que les informations ci-dessus sont véridiques : Oui Non

Signature

Date

*la prise de contact pas email ne permet pas de garantir la confidentialité des données à large échelle

Le formulaire est à renvoyer par email à : jeunesse@lutry.ch