

Nom :

Prénom :

Age :

Téléphone :

Email :

Motivations à pratiquer cette activité :

Avez vous des soucis de santé actuellement ou dans le passé ? (Merci de me fournir un certificat médical en notant : pratique yoga, Pilates, danse » :

Avez vous des douleurs ? à quel endroit ?

Quelles sont les limites que vous pourriez avoir lors des ateliers ?

Prenez vous des médicaments? Le(s)quel(s) et pour quels problèmes de santé ?

Etes vous ménopausée? Traitement ?

Avez vous des fuites d'urines ?

Dans quelles circonstances (par ex à la toux, sport....) ?

La fréquence? Depuis combien de temps ?

Etes vous obligée de mettre des protections ? A quel rythme ?

Avez vous des fuites de gaz ou selles ?

Dans quelles circonstances (par ex à la marche, repos) ?

La fréquence?

Etes vous obligée de mettre des protections ? A quel rythme ?

Avez vous un prolapsus (descente d'organes) ,quel type si vous le savez ?

Etes vous obligée de mettre de mettre un pessaire ?

Avez vous été opérée ou une opération est elle envisagée dans le futur ?

Sentez vous des pressions sur le périnée ? Permanentes ou ponctuellement ?

Avez vous des problèmes (douleurs , pas de libido...) lors des rapports sexuels ?

Avez vous fait récemment de la rééducation périnéale ?

Etes vous constipée ?

Poussez vous pour faire pipi ?

Faites vous des allergies avec nécessité de se moucher souvent, éternuements, toux?

Toussez vous souvent ?

Pourriez vous me parler d'une consommation éventuelle d'alcool, tabac, autres drogues, addiction à des médicaments ?

Avez vous un métier qui nécessite du portage ?

Postures répétitives ?

Avez vous été victime de violence (physique ou psychologique) dans le passé, présent ? Détaillez si vous voulez (par écrit ou oralement si plus facile)

Faites vous du sport ? Le(s)quel(s) ?

Commencez vous sentez vous psychologiquement ?

Vous sentez vous bien dans votre corps ?