



2275, avenue Laurier Est, Montréal (Québec), H2H 2N8  
Téléphone : (514) 527-4527 poste 2329, Télécopieur. : (514) 527-0979

### Décision d'admission :

- « Viomax plus »
- « Viomax régulier »
- Refus

## CERTIFICAT DE SANTÉ AUTORISANT LA PRATIQUE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE

### - INFORMATION -

Le Centre Viomax est un organisme à but non lucratif (OBNL) qui offre une gamme d'activités physiques adaptées pour les personnes vivant avec une limitation physique. Les activités sportives du Centre Viomax ont lieu en partenariat avec les Centres de Réadaptation Lucie-Bruneau, Marie Enfant, MAB-Mackay, Constance-Lethbridge ainsi que l'École Joseph-Charbonneau et le Centre du Plateau. Les installations de Viomax comprennent : une salle de conditionnement physique équipée d'appareils accessibles aux personnes vivant avec une limitation physique, une piscine chauffée ainsi qu'un gymnase.

Les participants aux activités sont évalués, supervisés et suivis par un intervenant qui détient une formation de niveau universitaire en kinésiologie et qui détient une expérience pertinente avec la clientèle.

La personne utilisant ce formulaire a fait une demande d'inscription à notre organisme pour pratiquer des activités physiques dans un milieu adapté. Par souci d'offrir à cette personne des services de qualité et sécuritaire, nous vous demandons de bien vouloir répondre aux quelques questions qui suivent.

#### Admission

La clientèle « Viomax plus » est toute personne présentant une incapacité physique significative permanente liée à une déficience motrice ou neurologique diagnostiquée correspondant à nos critères\*. Le Centre Viomax n'est pas tenu d'admettre une personne qui ne satisfait pas aux critères d'admission établis\*.

Merci de votre collaboration

\* Voir les critères d'admission sur le site web au [www.viomax.org](http://www.viomax.org)

### -Section à remplir par le participant-

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  Homme  Femme

Adresse complète: \_\_\_\_\_ App : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Tél.: (     ) \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE:    \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
                                  jour      mois      année

Personne ressource ou professionnel de la santé : \_\_\_\_\_ Tél : (     ) \_\_\_\_\_

Lien avec la personne :

- Physiothérapeute     Ergothérapeute       Éducateur(trice) spécialisé(e)
- Travailleur(euse) social(e)     Infirmier(ère)       Psychologue

Intérêts pour :  Salle de conditionnement physique     Piscine     Secteur jeunesse  
 Équipe Vmax     autre : \_\_\_\_\_

**Prendre note :** Le certificat médical doit avoir été reçu, lu et accepté par l'organisme avant toute inscription. Toute condition non déclarée est sujette à révision de l'admissibilité et de l'aptitude à poursuivre un programme d'exercice. De plus, seuls les physiothérapeutes, ergothérapeutes ou coordonatrices cliniques peuvent remplir ce document.



2275, avenue Laurier Est, Montréal (Québec), H2H 2N8  
Téléphone : (514) 527-4527 poste 2329, Télécopieur. : (514) 527-0979

**Section à faire remplir par l'ergothérapeute, physiothérapeute ou coordonnateur clinique autorisé**

1. DÉFICIENCE PHYSIQUE PRINCIPALE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Déficience associée / secondaire

\_\_\_\_\_

3. Quelles sont les limitations fonctionnelles associées

\_\_\_\_\_

4. HISTOIRE MÉDICALE s.v.p inscrire le plus d'information possible

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cardio-vasculaire : _____       | <input type="checkbox"/> Étourdissement / évanouissement : _____ |
| <input type="checkbox"/> Pulmonaire : _____              | <input type="checkbox"/> Perte de mémoire : _____                |
| <input type="checkbox"/> Musculaire : _____              | <input type="checkbox"/> Incontinence : _____                    |
| <input type="checkbox"/> Osseux : _____                  | <input type="checkbox"/> Maladies transmissibles : _____         |
| <input type="checkbox"/> Articulaire : _____             | <input type="checkbox"/> Allergie (s) : _____                    |
| <input type="checkbox"/> Trouble sensoriel : _____       | <input type="checkbox"/> À risque de chute : _____               |
| <input type="checkbox"/> Diabète : _____                 | <input type="checkbox"/> Troubles psychiques : _____             |
| <input type="checkbox"/> Épilepsie : _____               | <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle : _____       |
| <input type="checkbox"/> Trouble de comportement : _____ | Si oui, comment il se manifeste : _____                          |

5. Médicament (s) oui  non  Si oui, est-ce que cette prise de médication à une influence à l'exercice?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. **A VOTRE AVIS, Y A-T-IL DES CONTRE-INDICATIONS MÉDICALES À CE QUE CETTE PERSONNE PRATIQUE DES ACTIVITÉS PHYSIQUES** en sachant qu'elle n'aura pas un ratio d'intervenant 1 pour 1 ?  
oui  non  Si oui, quelles sont ces contre-indications ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Y a-t'il des contre-indications à l'utilisation d'une piscine d'eau chaude (entre 87°F et 98°F)

\_\_\_\_\_

8. Commentaires :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Téléphone : ( ) \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ app : \_\_\_\_\_

Je connais ce patient depuis : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Jour / mois / année

Titre : \_\_\_\_\_ Numéro de pratique : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_