



**MOTIVATION**  
ENTRAÎNEMENT SUR MESURE

# INFORMATIONS PERSONNELLES & CONTACT

## SVP REMPLIR CETTE SECTION:

**NOM, PRÉNOM:**

**DATE DU RENDEZ-VOUS:**

**TENSION ARTÉRIELLE AU REPOS:**

**DATE DE NAISSANCE:**

**ADRESSE:**

**TÉLÉPHONE:**

**COURRIEL:**

**OCCUPATION:**

**EXPÉRIENCE D'ENTRAÎNEMENT:**

**OBJECTIFS:**

**BLESSURES, DOULEURS, CONDITION DE SANTÉ:**

**FRÉQUENCES ET DURÉE D'ENTRAÎNEMENT SOUHAITÉ:**

**MÉDICAMENTS & SUPPLÉMENTS:**

**ALLERGIES:**

**EN CAS D'URGENCE, CONTACTEZ:**

## NOTES SUPPLÉMENTAIRES:

J'accepte de renvoyer le document rempli et signé à [info@motivationsurmesure.com](mailto:info@motivationsurmesure.com) ou de l'imprimer et le remettre lors du 1er rendez-vous.

**SIGNATURE:** \_\_\_\_\_

**DATE:** \_\_\_\_\_

# POLITIQUES & PROCÉDURES

## POLITIQUE D'ANNULATION

Je n'envoie pas de confirmation de rendez-vous. **Un délai d'au moins 24 heures à l'avance** pour l'annulation d'un rendez-vous est demandé. Des frais de 50\$ s'appliqueront dans le cas contraire. Après 5 annulations de moins de 24h sur une période de 12 mois, le plein tarif sera chargé. **Annulation 2 heures avant le rendez-vous et moins: séance chargée au plein tarif.** Les annulations se font par téléphone, en message texte **au 438-812-5449** ou dans calendly (le courriel du rendez-vous) si vous avez pris votre rendez-vous en ligne.

## TARIFS, PAIEMENTS ET RENDEZ-VOUS

**Tarifs\*:** forfait bon-départ (2 évaluations, 1 programme, 2 suivis 45 min) 299+tx (343,78), évaluation + programme 135\$+tx (155,22), duo 250\$+tx (287,44), entraînement privé 100\$+tx (114,98), ouverture de dossier (1er rendez-vous): 20\$+tx (23,00) structure alimentaire 100\$+tx (114,98)

Disponible dans les villes: St-Bruno-de-Montarville, Ste-Julie, St-Basile, La Prairie, Candiac, St-Philippe, Delson, St-Constant, Ste-Catherine  
Autres villes: ajout 50\$ +tx déplacement. Mon local d'entraînement est situé au 694 Mnt Montarville, St-Bruno-de-Montarville.

**En virtuel:** programme d'entraînement 100\$+tx (114,98), Stratégie alimentaire: 100\$+tx (114,98)

\*Tous les tarifs sont sujets à une augmentation annuelle le 1er juin. Les nouveaux tarifs seront disponibles sur mon site Internet le 1er mai.  
Les paiements peuvent se faire de 3 façons: **virement Interac à 438-394-8375, argent comptant ou chèque**

**Le paiement se fait dans un délai de 48 heures** suivants votre séance d'entraînement. Le reçu de votre paiement vous sera envoyé par courriel, via Quickbooks, au plus tard 48 heures suivant la date de l'encaissement. **Aucun remboursement.**

**Forfaits payés d'avance et les séances en promotion:** vous avez 12 mois pour utiliser vos séances. Les séances sont non remboursables.

**Prise de rendez-vous:** je vous invite à prévoir vos rendez-vous 6 à 8 semaine à l'avance afin d'assurer un horaire qui vous convient. Les rendez-vous se font du lundi au jeudi. Le dernier rendez-vous disponible est à 16h30 pour 90 min et 17h00 pour 60 min.

**Créer un compte FitLog pour le programme d'entraînement:** avant notre 1er rendez-vous, je vous invite à vous créer un compte «Fitlog» avec votre courriel et le **mot de passe: 1234Programme**. [www.fitlog.io](http://www.fitlog.io) ou application FitLog.

## REÇUS POUR ASSURANCES (POUR TOUS) ET CRÉDIT D'IMPÔT (ÂÎNÉS)

Pour le remboursement des services en kinésiologie par vos assurances ou pour le crédit d'impôt (âînés), le reçu est le même que celui qui vous sera envoyé par courriel via Quickbooks après l'encaissement de votre paiement. La kinésiologie est remboursée par la majorité des assureurs. Demandez l'ajout gratuit, sous le volet de réadaptation, à votre plan d'assurance collective.

## ÉVALUATION CONDITION PHYSIQUE, COMPOSITION CORPORELLE ET POSTURE

**Évaluation sur la balance:** en montant sur la balance impédancemètre, vous confirmez ne pas avoir de pacemaker, appareils électroniques médicaux, des équipements de survie, tel que des électrodes, des appareils médicaux portables (ex: électrocardiographe) ou autres appareils qui pourraient envoyer des signaux.

**Conseils pour l'évaluation de la posture:** porter des shorts serrés ou un mailhot, un top de sport serré ou un mailhot afin de pouvoir bien voir les épaules, les omoplates, le bas du dos et la courbure de la colonne. Cheveux attachés en hauteur. Pieds nus.

**Conseils avant toutes les évaluations:** 2 heures sans nourriture, sans exercice et sans bain. Boire assez d'eau avant l'évaluation. Les évaluations sont disponibles lors de votre premier rendez-vous et les suivis se font à une fréquence de 6 à 8 semaines.

## ME CONTACTER

Pour toutes **questions concernant votre programme** d'entraînement et vos rendez-vous, vous pouvez communiquer avec moi par courriel ([cyndi@motivationsurmesure.com](mailto:cyndi@motivationsurmesure.com)). Je vous répondrais dans les 48 heures ouvrables. Je ne fais pas de suivi de programme sur messenger.

**Prendre rendez-vous:** sur mon site Internet ou sur [calendly.com/cynditomczyk](https://calendly.com/cynditomczyk).

**SIGNATURE:** \_\_\_\_\_

**DATE:** \_\_\_\_\_

# CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR LES SERVICES EN KINÉSIOLOGIE



## CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR LES SERVICES EN KINÉSIOLOGIE

Je sais que si j'éprouve une douleur, un malaise, une fatigue anormale ou tout autre symptôme pendant et aussitôt après une séance d'exercice, je dois en informer mon kinésiologue. Je sais que je peux interrompre mon programme et/ou mes exercices si je présente des symptômes de malaises ou des réactions anormales. Mon kinésiologue m'a informé de la nécessité d'adapter les paramètres (nature, volume, fréquence, intensité et durée) de mon entraînement et/ou des exercices en fonction de mon état de santé général. Consentement: en signant ce formulaire, je consens à ce que mes renseignements personnels soient collectés dans le but spécifique de m'entraîner et de communiquer avec moi et je comprends que ces renseignements seront recueillis par le biais de ces formulaires et lors de nos communications verbales et par courriels. Conformément à la loi 25, afin d'obtenir plus d'informations sur le droit d'accès et de rectification ou le droit de retirer son consentement à la communication ou l'utilisation de ces renseignements, veuillez-vous référer à la politique de confidentialité sur la loi 25.

## ENTRAÎNEMENTS PHYSIQUES ET ÉVALUATION COMPOSITION CORPORELLE

Par les présentes, je reconnais et conviens que : les entraînements et activités organisées par Cyndi Tomczyk, peuvent être risquées, dont certaines sont inhérentes à la nature même de l'activité et au contexte de pandémie (comme la contamination à la COVID-19, mais non exclusivement) ; En conséquence des risques et dangers susmentionnés, Le participant peut subir des préjudices personnels graves, ainsi que des dommages matériels ; Certains de ces risques et dangers sont prévisibles ; par contre, d'autres, ne le sont pas ; J'assume néanmoins librement et volontairement tous les risques et dangers susmentionnés et, par conséquent, mes préparatifs à participer et ma participation effective aux entraînements de Cyndi Tomczyk, seront entièrement à mes propres risques et périls ; Je comprends que Cyndi Tomczyk prendra les mesures de sécurité nécessaires au déroulement des entraînements physiques, mais n'assume aucune responsabilité quant à tout préjudice subi au cours de mes entraînements et mes évaluations corporelles ; J'ai lu attentivement et compris parfaitement cette Entente et la signe librement et volontairement ; Tout plan d'entraînement et de saines habitudes de vie devra être réévalué aux 6 à 8 semaines Je comprends parfaitement qu'en signant cette entente. Par les présentes, je reconnais et conviens que: Je suis physiquement capable de participer aux entraînements de Cyndi Tomczyk et n'ai aucune condition préexistante qui me limiterait à la pratique d'un entraînement physique; Je reconnais également que je peux être blessé par une perte de contrôle ou une cause inattendu lors des entraînements à l'intérieur (gym, maison, lieu public) et à l'extérieur (dans les rues, pistes cyclables, bords de l'eau, parcs, lieu public ou tout autres lieux à l'extérieur d'un gym ou d'une maison). Dans le cas d'une blessure ou maladie, j'autorise Cyndi Tomczyk d'obtenir les traitements médicaux requis à mon état et je libère et ne tient pas responsable, les exécuteurs de cette autorité. Cyndi Tomczyk se dégage de toutes responsabilités relativement à la perte, au bris ou au vol d'équipements appartenant aux participants et subis pendant les entraînements et les évaluations corporelles, incluant le déplacement vers le lieu de l'entraînement.

**Je comprends que mon kinésiologue exercera son jugement tout au long de la durée du suivi en kinésioLOGIE en se basant sur les faits connus à ce moment et cela, dans le meilleur de mes intérêts. Je reconnais avoir lu ce formulaire de consentement et d'en avoir compris toutes les informations s'y rapportant. Je consens à recevoir des services en kinésioLOGIE.**

**Je m'engage à ne pas entreprendre de poursuite judiciaire ou de réclamation sous quelle forme que ce soit contre Cyndi Tomczyk, contre ses héritiers. Cette entente me lie moi-même, mes héritiers, exécuteurs testamentaires, mandataires personnels et ayants droit.**

**Au meilleur de mes connaissances, j'affirme avoir fourni des renseignements exacts et complets sur mon état de santé actuel, ainsi que sur mes antécédents de santé personnels et familiaux. Je m'engage à informer mon kinésioLOGUE de tout changement au niveau de mon état de santé (diagnostic médical ou autre, modification de médication ou autre intervention dans le domaine de la santé), puisque je suis conscient(e) que ces changements peuvent nécessiter une adaptation des suivis en kinésioLOGIE que je reçois. Comme toute intervention dans le domaine de la santé, je suis informé(e) qu'il peut y avoir certains effets indésirables et/ou complications, bien que ceci soit rare, en association avec les suivis en kinésioLOGIE. Mon kinésioLOGUE m'a informé(e) de ces faibles risques de complications : certains clients peuvent ressentir des courbatures musculaires, des raideurs passagères ou une aggravation temporaire de leurs symptômes, certains clients peuvent présenter des risques, comme des épisodes passagers d'étourdissement, d'inconscience, de pression artérielle anormale, de malaises à la poitrine, de crampes aux jambes et de nausées, et que j'assume, de bonne foi, ces risques.**

**SIGNATURE:** \_\_\_\_\_

**DATE:** \_\_\_\_\_

L'activité physique améliore la santé physique et mentale. Même en petite quantité, l'activité physique fait du bien, et plus on en fait, mieux c'est.

Pour presque tout le monde, les bienfaits de l'activité physique surpassent largement les risques. Toutefois, pour certaines personnes, il est recommandé d'obtenir les conseils d'un professionnel de l'exercice qualifié (PEQ – détient un diplôme d'études postsecondaires en science de l'exercice et une certification avancée dans ce domaine – consultez [scpe.ca/certifications](http://scpe.ca/certifications)) ou d'un professionnel de la santé. Ce questionnaire s'adresse aux personnes de tous âges et a pour objectif de les aider à cheminer vers un mode de vie plus actif.

☐ Je réponds à ce questionnaire pour moi-même.

☐ Je réponds à ce questionnaire pour mon enfant/une personne à charge en tant que parent/tuteur.

OUI	NON	PRÉPAREZ-VOUS À MENER UNE VIE PLUS ACTIVE
...	...	Les questions suivantes permettront de confirmer que vous pouvez pratiquer une activité physique en toute sécurité. Veuillez répondre <b>OUI</b> ou <b>NON</b> à chacune des questions <u>avant</u> de mener une vie plus active. Si vous ne savez pas exactement quoi répondre, choisissez <b>OUI</b> .
●	●	<b>1</b> Avez-vous vécu <b>N'IMPORTE LAQUELLE</b> des situations suivantes (A à F) <b>au cours des six derniers mois</b> ?
●	●	<b>A</b> Diagnostic ou traitement relativement à une maladie du cœur ou à un AVC, ou douleur/malaise/pression au niveau de la poitrine en pratiquant vos activités de la vie quotidienne ou une activité physique?
●	●	<b>B</b> Diagnostic ou traitement relativement à une hypertension artérielle ou à une tension artérielle au repos de 160/90 mm de Hg ou plus?
●	●	<b>C</b> Vertiges ou étourdissements durant l'activité physique?
●	●	<b>D</b> Essoufflement au repos?
●	●	<b>E</b> Perte de conscience/évanouissement pour quelque raison que ce soit?
●	●	<b>F</b> Commotion?
●	●	<b>2</b> Présentez-vous actuellement de la douleur ou une enflure à n'importe quelle partie de votre corps (p. ex. blessure, poussée aiguë d'arthrite ou douleur au dos) qui nuit à votre capacité de mener une vie active?
●	●	<b>3</b> Un professionnel de la santé vous a-t-il recommandé d'éviter ou de modifier certains types d'activité physique?
●	●	<b>4</b> Avez-vous tout autre problème médical ou physique (p. ex. diabète, cancer, ostéoporose, asthme, lésion médullaire) qui pourrait nuire à votre capacité de mener une vie active?
...	...	<p>... ➤ <b>NON</b> à toutes les questions : allez à la page 2 – ÉVALUEZ VOTRE NIVEAU D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ACTUEL</p> <p>..... ➤</p>
...	...	<p><b>OUI</b> à au moins une question : allez au document de référence – CONSEILS SI VOUS AVEZ RÉPONDU OUI À AU MOINS UNE QUESTION</p> <p>... ➤➤</p>

## ÉVALUEZ VOTRE NIVEAU D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ACTUEL

Répondez aux questions suivantes pour évaluer votre niveau d'activité physique actuel.

- 1 Au cours d'une semaine typique, combien de jours pratiquez-vous une activité physique aérobique d'intensité moyenne à élevée (p. ex. marche rapide, cyclisme ou jogging)?  JOURS/SEMAINE
- 2 Les journées où vous faites de l'activité physique aérobique d'intensité au moins moyenne (par exemple marche rapide), pendant combien de minutes pratiquez-vous cette activité?  MINUTES/JOUR  
Si vous êtes un adulte, multipliez le nombre moyen de jours par semaine par le nombre moyen de minutes par jour.  MINUTES/SEMAINE

Les *Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures* recommandent la pratique d'au moins 150 minutes par semaine d'activité physique d'intensité moyenne à élevée chez les adultes. Pour les enfants et les jeunes, on recommande au moins 60 minutes par jour. Il est également recommandé de pratiquer des activités pour renforcer les muscles et les os au moins deux fois par semaine pour les adultes, et trois fois par semaine pour les enfants et les jeunes (voir [scpe.ca/directives](http://scpe.ca/directives)).



## CONSEILS GÉNÉRAUX POUR MENER UNE VIE PLUS ACTIVE

Augmentez graduellement votre niveau d'activité physique afin que votre expérience demeure positive. Intégrez des activités physiques qui vous plaisent à votre journée (p. ex. marcher avec un ami ou une amie, se rendre au travail ou à l'école à vélo) et réduisez vos comportements sédentaires (p. ex. périodes prolongées passées en position assise).

Si vous voulez pratiquer une **activité physique d'intensité élevée** (p. ex. une activité physique à une intensité à laquelle il est difficile de maintenir une conversation) et que vous n'atteignez pas les recommandations minimales en matière d'activité physique mentionnées ci-dessus, consultez un professionnel de l'exercice qualifié (PEQ) avant de vous y mettre. Cela permettra de confirmer que votre activité physique est sécuritaire et convient à votre situation.

L'activité physique est aussi une partie importante d'une grossesse en santé.

Attendez avant de mener une vie plus active si vous ne vous sentez pas bien en raison d'une maladie temporaire.



## DÉCLARATION

*Au meilleur de mes connaissances, tous les renseignements que j'ai fournis dans ce questionnaire sont exacts.  
Si des changements surviennent à mon état de santé, je remplirai le questionnaire à nouveau.*

J'ai répondu **NON** à toutes les questions de la page 1



Signez et datez la déclaration ci-dessous



J'ai répondu **OUI** à au moins une question de la page 1

Cochez la case ci-dessous qui s'applique à vous :

- ☐ J'ai consulté un professionnel de la santé ou un professionnel de l'exercice qualifié (PEQ) qui m'a recommandé de mener une vie plus active.
- ☐ Je suis à l'aise à l'idée de mener une vie plus active sans consulter un professionnel de la santé ou un PEQ.



<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom (en caractères d'imprimerie) + nom du parent/tuteur, le cas échéant		Signature (ou signature du parent/tuteur, le cas échéant)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date	Courriel (optionnel)	Téléphone (optionnel)

**Avec de la planification et du soutien, vous pouvez profiter des bienfaits d'une vie plus active. Un PEQ peut vous aider.**

- ☐ Cochez cette case si vous souhaitez consulter un PEQ afin de mener une vie plus active.  
(Vos réponses à ce questionnaire aideront le PEQ à apprendre à vous connaître et à comprendre vos besoins.)