CABINET DERMO MÉDICAL

Blue Health® | AquaGym Médicale Adaptée

QUESTIONNAIRE DE PRÉINSCRIPTION

Avec Maélia Istas, kinésithérapeute conventionnée • Bouger ensemble, progresser à son rythme.

Ce questionnaire nous aide à organiser des petits groupes adaptés à vos besoins. Il ne constitue pas une inscription définitive. Les groupes et horaires seront fixés par la thérapeute.

1. Vos coordonnées

Nom et prénom : _____ E-mail : _____

Téléphone : _____

2. Les groupes aquatiques qui vous intéressent

Cochez un ou plusieurs groupes :

☐ **Aqua Mobilité & Arthrose** — Arthrose, douleurs articulaires, raideurs et mobilité réduite.

☐ **Aqua Dos & Posture** — Lombalgies, posture, gainage, respiration diaphragmatique et autograndissement.

☐ **Aqua Rééducation** — Rééducation post-traumatique, suites opératoires et récupération fonctionnelle.

☐ **Aqua Sport & Performance** — Réathlétisation, reprise sportive, renforcement et récupération.

☐ **Aqua Neuro & Équilibre** — Parkinson, sclérose en plaques, AVC, Guillain-Barré et autres atteintes neurologiques.

☐ **Aqua Neuro Kids** — Troubles du développement moteur et pathologies neurologiques pédiatriques.

☐ **Aqua Onco & Renouveau** — Parcours oncologique, notamment avec atteinte du système nerveux et/ou musculaire ; mobilité, équilibre, fatigue et reconditionnement physique.

☐ **Aqua Autonomie** — Équilibre, prévention des chutes et maintien de l'indépendance.

☐ **Aqua Énergie** — Déconditionnement, variations de poids et reprise progressive du mouvement.

☐ **Aqua Sens & Confiance** — Déficience visuelle, orientation, équilibre et confiance corporelle.

☐ **Aqua Corps & Esprit avec Southa** — Hydrothérapie médicale et accompagnement psycho-corporel Blue Health®.

3. Votre mobilité actuelle

☐ Je me déplace sans assistance. ☐ J'utilise parfois une aide à la marche. ☐ Je préfère en discuter avec Maélia.

4. Un besoin particulier ?

Vous pouvez préciser vos attentes ou demander un échange individuel, sans détailler ici vos informations médicales sensibles.

_____

5. Accord pour être recontacté(e)

☐ J'accepte que le Cabinet Dermo Médical utilise mes coordonnées pour me recontacter au sujet des groupes aquatiques et de ma préinscription.

Date : _____ Signature : _____

La participation est soumise à l'évaluation de Maélia et aux conditions de sécurité adaptées à chaque patient. Les données sont utilisées pour organiser les groupes et traitées conformément aux règles de protection des données.