

FORMULAIRE D'ÉVALUATION MÉDICALE PAR L'ÉTUDIANT

Techniques équines – Institut de technologie agroalimentaire du Québec (ITAQ)

Le programme Techniques équines comprend des activités variées et exigeantes, incluant :

- le soin quotidien des chevaux (nourrir, nettoyer les boxes, déplacer les chevaux, etc.);
- le travail au sol et à cheval;
- la manipulation de charges lourdes (fourrage, sacs d'aliments, équipement) et de chevaux ainsi que la conduite d'un véhicule;
- le travail à l'extérieur par différentes conditions météorologiques;
- la gestion d'un groupe de personne;
- la participation à des activités équestres comportant un risque de chute et de commotion cérébrale.

Ces activités nécessitent une bonne condition physique et psychologique. Ce formulaire a pour objectif de vous amener à réfléchir à votre état de santé et à identifier, le cas échéant, des besoins particuliers ou des limitations à prendre en compte dans votre parcours. En cas de doute sur votre condition médicale, l'autorisation d'un médecin pour suivre la formation pourrait être demandée.

SECTION 1 – Informations personnelles

Nom :

Prénom :

Numéro de téléphone :

Adresse courriel :

SECTION 2 – Condition physique

2.1. Avez-vous déjà eu? (cochez tout ce qui s'applique)

- ☐ Blessures musculo-squelettiques (fractures, entorses, luxations, douleurs chroniques, etc.)
- ☐ Problèmes cardiaques
- ☐ Problèmes respiratoires (asthme, etc.)
- ☐ Problèmes de dos ou de genoux
- ☐ Commotions cérébrales
- ☐ Antécédents de chute avec séquelles
- ☐ Antécédents chirurgicaux
- ☐ Autres : _____

Si vous avez coché un ou plusieurs éléments, expliquez brièvement :

Si vous avez coché un ou plusieurs éléments, avez-vous encore des limitations ou des répercussions liées à ces situations?

☐ Oui

☐ Non

Expliquez brièvement : _____

Si vous avez répondu oui à la dernière question, vous devez faire compléter la section 8 par votre médecin

SECTION 3 – Santé générale

3.1. Êtes-vous sujet à : *(cochez tout ce qui s'applique)*

- ☐ Allergies sévères (alimentaires, médicamenteuses, environnementales)
- ☐ Convulsions ou perte de conscience
- ☐ Diabète
- ☐ Déficience auditive ou visuelle importante
- ☐ Autres : _____

Si vous avez coché un ou plusieurs éléments, précisez :

Si vous avez coché un ou plusieurs éléments, avez-vous des limitations liées à ces situations?
(exemples : nécessité d'être à proximité d'un centre de soin, interdiction ou limitation à la conduite, interdiction de contact avec certains produits...)

- ☐ Oui
- ☐ Non

Expliquez brièvement :

Si vous avez répondu oui à la dernière question, vous devez faire compléter la section 8 par votre médecin

SECTION 4 – Santé psychologique

4.1. Avez-vous été suivi(e) pour un trouble de santé mentale *(exemples : anxiété, dépression, trouble alimentaire, etc.)*?

- ☐ Oui
- ☐ Non

4.2. Gérez-vous bien le stress dans un contexte d'études, de travail physique ou de gestion d'un groupe?

- ☐ Oui
- ☐ Non

4.3. Avez-vous des limitations psychologiques à signaler?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Commentaires :

SECTION 6 – Autoévaluation de la condition physique

Comment évaluez-vous votre condition physique générale?

☐ Excellente

☐ Bonne

☐ Moyenne

☐ Faible

Commentaires :

SECTION 7 – Déclaration de l'étudiant

Je déclare que les renseignements fournis dans ce formulaire sont exacts et complets au meilleur de ma connaissance. Je comprends que ces informations sont essentielles pour assurer ma sécurité et celle des autres.

Signature de l'étudiant : _____

Date : Date du jour

SECTION 8 – Déclaration du médecin, si demandée

Note au médecin

Le porteur de ce formulaire médical a posé sa candidature à l'Institut de technologie agroalimentaire du Québec pour suivre une formation en Techniques équine qui nécessite une bonne forme physique et psychologique. L'autoévaluation du candidat nécessite d'obtenir l'avis de son médecin avant de l'autoriser à suivre la formation. Après avoir pris connaissance des exigences du programme (décrit dans le préambule du document) et de l'état de santé du candidat, veuillez donner votre avis sur l'historique de santé et la condition de santé générale (physique et psychologique) du candidat :

En fonction des exigences du programme et des risques liés à celui-ci, le candidat a-t-il des limitations ou des contre-indications médicales pour suivre ce programme, si oui indiquez lesquels :

Connaissant les exigences et les risques du programme ainsi que l'état de santé du candidat

- ☐ J'atteste que ce dernier peut suivre cette formation
- ☐ J'atteste que ce dernier ne devrait pas suivre cette formation pour des raisons de santé ou de sécurité

Signature du médecin : _____

Date : _____

Information sur le médecin

Prénom :	Nom :		
Numéro de permis :			
Adresse		Ville :	
Province :	Téléphone :	Poste :	
Courriel :			