



VERON STUDIO

INFORMATION GÉNÉRALES

- Nom : _____
- Date de naissance : _____
- Téléphone : _____
- Profession : _____

INFORMATION SPORTIVES

- Quels sports pratiquez-vous en ce moment ?

- Marquez l'intensité de vos activités sportives ?
 - Pas actif
 - Parfois (1 fois par semaine)
 - 1 à 2 fois par semaine
 - 3 à 4 fois par semaine
- Si vous n'êtes pas actif, depuis combien de temps vous ne faites plus de sport ? _____

INFORMATION MÉDICALES

- Votre médecin vous a-t'il conseillé d'éviter de pratiquer une activité physique ou sportive ? Oui Non
Commentaire : _____
- Etes-vous diabétique type 1 ou 2 ? Oui Non
- Avez-vous un taux de cholestérol trop élevé ? Oui Non
- Si oui, à combien s'élève-t'il ? Oui Non
- Avez-vous des problèmes cardiaques ? Oui Non
- Vous arrive-t'il d'avoir mal dans le haut de la poitrine ? Oui Non
- Souffrez-vous d'hypertension?
Si oui, à combien s'élève-t'elle ? _____

- Fumez-vous ? Si oui, combien de cigarettes par jour ? Oui Non
- Prenez-vous des médicaments ? Oui Non
- Si oui, lesquels ? _____
- Est-ce que quelqu'un de votre famille a eu :
 - une crise cardiaque une attaque
 - de l'hypertension le diabète

BLESSURES OU PROBLÈMES PHYSIQUES

- Avez-vous des blessures en ce moment ? Oui Non
- Si oui, description : _____
- Avez-vous des problèmes au niveau du dos ? Oui Non
- Description/Diagnostic ? _____

<u>Localisation :</u>	<u>Problème :</u>	<u>Douleur irradiante ?</u>
<input type="checkbox"/> Nuque	<input type="checkbox"/> Aigu <input type="checkbox"/> Chronique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dos	<input type="checkbox"/> Aigu <input type="checkbox"/> Chronique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dos bas	<input type="checkbox"/> Aigu <input type="checkbox"/> Chronique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Avez-vous déjà été traité pour ces problèmes ? Oui Non

Si oui, quel traitement ? (opération, kinésithérapie, autres,...)

- Avez-vous des problèmes au niveau des articulations ou des muscles ?
Description/diagnostic ? Oui Non
- _____

<u>Localisation :</u>	<u>Problème :</u>
<input type="checkbox"/> _____	Aigu <input type="checkbox"/> Chronique <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> _____	Aigu <input type="checkbox"/> Chronique <input type="checkbox"/>

- Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale, souffert de blessures graves ou de troubles médicaux ?
Oui Non
- Si oui, description : _____

OBJECTIF

- Quelle importance accordez-vous aux objectifs repris ci-dessous ?
(1 correspondant à « absolument pas important » et 5 à « extrêmement important »)

Endurance : _____ 1 2 3 4 5
Déstresser : _____ 1 2 3 4 5
Force : _____ 1 2 3 4 5
Maigrir : _____ 1 2 3 4 5
Force niveau d'endurance: _____ 1 2 3 4 5
Mobilité : _____ 1 2 3 4 5
Force explosive : _____ 1 2 3 4 5
Flexibilité : _____ 1 2 3 4 5
Autre : _____

- Combien de fois par semaine pourriez-vous venir vous entraîner :
1-2 X 2-3 X > 3

- Catégorie recommandée :

SPORT

FORCE

SANTE

SIHOUETTE