

BILAN FORME ET OBJECTIFS

(Document à remplir lors d'une première inscription)

NOM et PRENOM : _____ date naissance : _____

Adresse : _____ Tél. : _____

Code postal : _____ Ville : _____ e.mail : _____

Comment nous avez-vous connu ? _____

Objectifs : Principal et secondaire

(Entourer et mettre 1 devant votre objectif principal et 2 pour votre objectif secondaire)

- | | |
|-----------------------------------|--|
| ▪ Vous relaxer | ▪ Perdre du poids |
| ▪ Vous raffermir et vous tonifier | ▪ Vous affiner |
| ▪ Vous renforcer musculairement | ▪ Améliorer votre capacité cardio-vasculaire |
| ▪ Diminuer vos douleurs dorsales | ▪ Acquérir de bonnes postures |

Historique médical

Pression artérielle	Elevée	Normale	Basse	
Problèmes cardiaques	Oui	Non		
Fractures	Oui	Non	Si oui : Quoi ? :	Quand ? :
Dérèglement Thyroïde	Oui	Non		
Avez-vous trop de cholestérol ?	Oui	Non		
Avez-vous du diabète ?	Oui	Non		
Autre _____				

Avez-vous un problème de santé qui limite la pratique d'activités sportives ? Oui Non

Si oui, lequel ? _____

Vos antécédents familiaux :

Dans votre famille (père, mère, frère, sœur, grands-parents), y-a-il eu :

Un infarctus du myocarde ? Oui Non

Un accident vasculaire cérébral ? Oui Non

Un décès brutal/ une mort subite ? Oui Non

(avant 60 ans pour les femmes, 50 ans pour les hommes)

Et vous :

Etes-vous fumeur ? (ou vous avez arrêté depuis moins de 2 ans) : oui non

Etes-vous ancien fumeur ? (vous avez arrêté depuis plus de 2 ans) : oui non

Pratiquez-vous régulièrement une activité sportive ? oui non

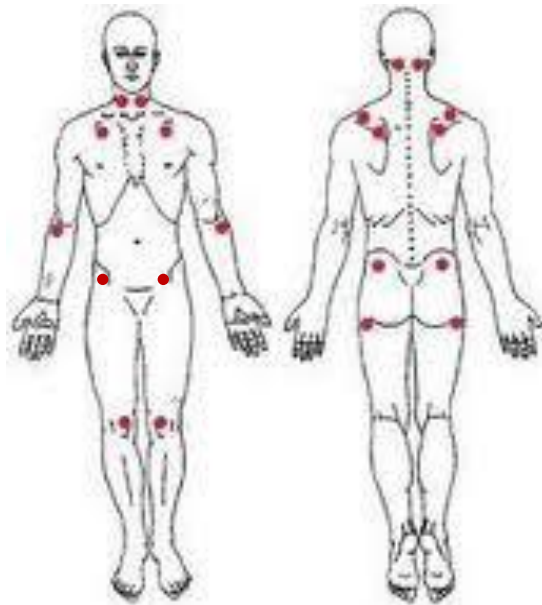
Si oui, laquelle (ou lesquelles) ? _____

Combien de fois par semaine ? 1 2 3 et +

Lorsque vous faites des efforts dans la vie courante ou dans le sport, ressentez vous :

- Une douleur dans la poitrine ? oui non
- Des palpitations ? oui non
- Une sensation de malaise ou vertige ? oui non
- Des essoufflements pour faire des efforts dans la vie courante ? oui non

Lorsque vous faites un effort, entourez les parties qui vous font souffrir sur le schéma ci-dessous :



Votre Poids : _____ Votre taille : _____ Je certifie que :

Je certifie que je suis en bonne condition physique et qu'aucun médecin, infirmier, entraîneur, ne m'a déconseillé la pratique de ce sport.

Fait à _____, Le
Signature :

