

Questionnaire santé

Merci d'avoir choisi nickhomefit.com pour vous remettre en forme et améliorer votre condition physique. Les questions ci-dessous nous aiderons à créer le parfait programme adapté à vos besoins spécifiques. Veuillez noter que ce document restera confidentiel.

****** Compléter ce formulaire avant votre première session ******

Nom:

Prénom

Nom

Sexe:

Homme Femme

Date de naissance:

JJ MM AAAA

Téléphone:

Maison

Cellulaire

Email:

Adresse:

Rue

Apt.

Ville

Province

Code Postal

Notes:

Questionnaire santé

1. Quand avez-vous vu votre médecin pour la dernière fois? _____
2. Etes vous fumeur ? Oui Non
 - a. Si oui, nombre de cigarette par jour? _____
3. Avez-vous des problèmes de cœur? Oui Non
4. Ressentez-vous des douleurs au cœur quand vous vous entraînez? Oui Non
5. Votre pression artérielle est-elle haute? Oui Non
6. Avez-vous déjà perdu connaissance lors d'un entraînement? Oui Non
7. Suite à un entraînement, avez-vous des douleurs quelconques ? Oui Non
 - a. Si oui, expliquez les plus en détails: _____
8. Souffrez-vous de l'une des affections suivantes ou d'une autre?
 - diabetes
 - Arthrites
 - Asthmes
 - Cholesterol
 - Autre: _____
9. Souffrez-vous de maux de dos ou d'autres malaises en ce moment? Oui Non
10. Avez-vous eu une opération dans les deux dernières années? Oui Non
 - a. Si oui, expliquez: _____
11. Selon-vous, y aurait-il des raisons pour lesquelles vous ne pourriez pas suivre un programme d'exercices? Oui Non
 - a. Si oui, expliquez: _____

Mode de vie et Santé

1. Prenez-vous des médicaments, suppléments ou vitamines? Oui Non

Si oui lesquels: _____

2. Nommez vos faiblesses (desserts, alcool, croustilles...)

3. Etes-vous actif présentement?

nombre de fois par semaine: _____ Durée: _____ Type d'activités:

4. si votre niveau d'entraînement est faible, expliquez pourquoi?

5. Quel est le meilleur moment pour vous dans la journée (matin, midi, soir)? _____

Combien de fois semaine: _____

6. Avez-vous déjà eu un entraîneur? Oui Non

Objectifs et buts

Indiquez, sur une échelle de 1 a 10, les éléments que vous aimeriez améliorer (le nombre 1 signifie que c'est le plus important pour vous).

- ___ Augmenter votre niveau d'énergie
- ___ Diminuer les risques de problèmes de santé
- ___ Dormir mieux
- ___ Prendre du muscle
- ___ Améliorer vos habitudes alimentaires
- ___ Réduire le stress
- ___ Réduire le pourcentage de gras
- ___ Diminuer la douleur d'une blessure
- ___ Améliorer votre santé générale
- ___ Tonifier et sculpter votre silhouette
- ___ Autres: _____

But: _____

Date objectifs: _____

Régions a amélioré

Veillez énumérer les régions que vous voulez le plus améliorer sur votre corps (abdominaux, bras, dos, ventre, hanches etc.)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Echelle de motivation 1 – 10 (Encerclez le nombre)

(Pas motivé) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Très motivé)

Consentement

Je, _____, au _____ comprends les risques lié a un nouveau programme d'entraînement.

Nom client

Signature

Nom témoin

Signature