

QUESTIONNAIRE BILAN PREMIER CONTACT

Ce bilan a pour but de mieux vous connaître afin de pouvoir établir avec vous un programme personnalisé.

Répondez en toute transparence et renvoyez ce questionnaire à :
reveleateursdesens@gmail.com

Identité et mode de vie :

Nom :

Prénom :

Age :

poids :

taille :

hanches :

tour de poignet :



Alimentation

- 1) Combien de repas prenez-vous par jour ?
- 2) Mangez-vous entre les repas ?
- 3) Combien de légumes consommez-vous par jour ?
- 4) Combien de fruits consommez-vous par jour ?
- 5) Mangez-vous des viandes, si oui les quelles ?
combien de fois par semaine ?
- 6) Mangez-vous du poisson ?
combien de fois par semaine ?
- 7) Mangez-vous du fromage ?
combien de fois par semaine ?
- 8) Quel type de produit laitier, lait ou yaourt mangez-vous ?
- 10) Consommez-vous des produits céréaliers ?
- 11) Consommez-vous de l'alcool ?



Activité physique

- 1) Quelles sont vos habitudes de déplacement au quotidien ?
- 2) Combien de fois par semaine faites vous de l'activité physique pendant 30 minutes min ? Laquelle ?
- 3) Quelles sont vos motivations pour pratiquer une activité physique ?
- 4) Aimez-vous faire de l'activité physique ?
- 5) Organisez vous votre emploi du temps pour organiser une activité physique ?
- 6) Que pensez vous de l'affirmation « je ne suis pas en forme et je ne sais pas par où commencer » cela vous ressemble t il ?
- 7) Que pensez vous de l'affirmation « je ne fais pas d'activités physiques par crainte de me blesser » est ce une crainte pour vous ?
- 8) Vous hydratez vous suffisamment pendant la journée?
- 9) Pour atteindre votre ou vos objectifs, serait vous prêt(e) à suivre un programme adapté et régulier ?

Indications fonctionnelles

1) Avez-vous des pathologies du système cardio vasculaire et respiratoire ?

Si oui lequel(s) :

- intervention chirurgicale
- greffes
- pontages
- hypertension
- infarctus
- hérédité
- asthme
- - autre...
-

2) Pathologies ou traumatismes membres ou rachis :

Si oui lequel(s) :

- fractures
- entorses
- luxations
- discopathies
- lombalgie
- sciatique
- claquage
- élongations
- tendinites
- lumbago
- autres :



3) Affections, état ou maladies particulières :

Si oui, lequel(s) :

Diabète

Insuffisance rénale

Ostéoporose

Cheveux qui tombent

Problèmes de peau

Troubles du sommeil

Cancer

Allergies

Crise d'angoisse

Burn out/dépression

Surpoids

Mémoire

Arthrite

Respiration

Fibromyalgie/ douleur

AVC

Ballonnement/Digestion

Calculs

Cholestérol

Cicatrisation, suivi pré opération :

Coeur :

Crampes

Crohn (maladie de)



Cystite

Foie

Autres :

4) Avez-vous des allergies médicamenteuses ou alimentaires ?

5) Quelles sont vos coutumes familiales ou religieuses vis-à-vis de l'activité physique et de l'alimentation ?

Quel est votre objectif principal ?

PERTE DE POIDS

AMELIORATION CONDITIONS PHYSIQUES

TONIFICATION RENFORCEMENT MUSCULAIRE

PERFORMANCES SPORTIVES

ENTRETIEN

AUTRE

Merci pour votre participation.

Diana

Répondez en toute transparence et renvoyez ce questionnaire à :
reveleatursdesens@gmail.com