



Fiche client et évaluation

Nom: _____ Âge: _____ Sexe: _____

Adresse: _____

Adresse courriel: _____

Téléphone: _____

Poids: (lbs): _____ Grandeur (Pieds) : _____

Habitudes de vie:

Pression sanguine: Basse: _____ Haute: _____ Normale: _____

Fumeur (combien par jour) : _____ Non-fumeur: _____

Consommation d'alcool (nb/ de verres par ses.): _____

Type d'emploi: _____ Physique: ____ ou Passif: ____

Style de vie: Sédentaire ____ Actif ____ Sportif ____ Athlète: ____

Activité (s) Physiques:

_____ Nb de fois par ses.: _____

Expérience antérieure: Oui ____ ou Non ____ Nombre d'années: _____

Disponibilité pour entraînements: X/sem. _____ Nombre hres: _____

Ce que vous aimez ou n'aimez pas faire (Cardio, Machines, Poids libres):

Objectifs présents:

Perte de poids (nb de lbs) _____ Remise en forme: _____

Préparation pour une compétition: _____ Date: _____

Prise de masse: _____



Renseignements médicaux:

1. Votre médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'un problème cardiaque et que vous ne devriez participer qu'aux activités prescrites et approuvées par un médecin?
Oui ___ Non ___
2. Ressentez-vous une douleur à la poitrine lorsque vous faites de l'activité physique?
Oui ___ Non ___
3. Au cours du dernier mois, avez-vous ressenti des douleurs à la poitrine lors de périodes autres que celles où vous participiez à une activité physique? Oui ___ Non ___
4. Éprouvez-vous des problèmes d'équilibre reliés à un étourdissement ou vous arrive-t-il de perdre connaissance? Oui ___ Non ___
5. Avez-vous des problèmes osseux ou articulaires (par exemple, au dos, au genoux ou à la hanche) qui pourraient s'aggraver par une modification de votre niveau de participation à une activité physique? Oui ___ Non ___
6. Des médicaments vous sont-ils actuellement prescrits pour contrôler votre tension artérielle ou un problème cardiaque (par exemple, des diurétiques)? Oui ___ Non ___
7. Connaissez-vous une autre raison pour laquelle vous ne devriez pas faire de l'activité physique? Oui ___ Non ___

Si vous avez répondu:

Oui à une ou plusieurs questions:

Consulter votre médecin AVANT d'augmenter votre niveau de participation à une activité physique et AVANT de faire évaluer votre condition physique, dites à votre médecin que vous avez complété le questionnaire sur l'aptitude à l'activité physique et expliquez-lui précisément à quelles questions vous avez répondu « Oui » il se peut que vous n'avez aucune restrictions à y aller lentement et progressivement. Par ailleurs, il est possible que vous ne puissiez faire que



certain types d'efforts adaptés à votre état de santé. Indiquez à votre médecin le type d'activité physique que vous comptiez faire et suivez ses recommandations.

Informez-vous quant aux programmes d'activités spécialisés les mieux adaptés à vos besoins, offerts dans votre localité.

Non à toutes ces questions:

Si, en toute honnêteté, vous avez répondu « Non » à toutes les questions, vous êtes dans une certaine mesure, assuré (e) que:

Vous pouvez augmenter votre pratique régulière d'activités physiques en commençant lentement et en augmentant progressivement l'intensité des activités pratiques c'est le moyen le plus simple et le plus sécuritaire d'y arriver. Vous pouvez faire évaluer votre condition physique. C'est le meilleur moyen de connaître votre niveau de condition physique de base afin de mieux planifier votre participation à un programme d'activités physiques.

« Je sous-signé (e) affirme avoir lu, compris et complété le questionnaire et avoir reçu une réponse satisfaisante à chacune de mes questions. »

Nom: _____

Signature: _____

Témoin: _____

Date: _____

Date: _____