

Questionnaire de départ

À remplir par le client avant la première diète et le premier programme.

Nom : _____ Date de naissance : _____

Taille (cm) : _____ Poids (kg) : _____ Profession : _____

Objectif

☐ Perte de gras ☐ Prise de muscle ☐ Recomposition ☐ Force ☐ Maintien

Pourquoi maintenant, et qu'est-ce qui a bloqué jusqu'ici ?

Passé sportif et matériel

Sports pratiqués : _____ Séances par semaine aujourd'hui : _____

Salle ou domicile : _____ Matériel disponible : _____

Niveau en musculation

☐ Débutant ☐ Intermédiaire ☐ Avancé

Activité au quotidien, hors sport

☐ Sédentaire ☐ Légèrement actif ☐ Actif ☐ Très actif

Jours et horaires possibles

	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	Dim
Matin							
Midi							
Soir							

Questionnaire de départ

À remplir par le client avant la première diète et le premier programme.

Santé

Répondez honnêtement. Un seul « oui » : demandez l'avis de votre médecin avant de commencer.

Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez un problème cardiaque ? ☐ Oui ☐ Non

Ressentez-vous une douleur dans la poitrine, à l'effort ou au repos ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous déjà perdu connaissance, ou eu des vertiges pendant un effort ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous un problème d'os ou d'articulation que l'effort pourrait aggraver ? ☐ Oui ☐ Non

Prenez-vous un traitement pour la tension ou pour le cœur ? ☐ Oui ☐ Non

Êtes-vous enceinte, ou avez-vous accouché il y a moins de six mois ? ☐ Oui ☐ Non

Voyez-vous une autre raison de ne pas faire d'effort sans avis médical ? ☐ Oui ☐ Non

Blessures, douleurs ou opérations à connaître :

Alimentation

☐ Standard ☐ Végétarien ☐ Vegan ☐ Sans lactose ☐ Sans gluten

Repas par jour : _____ Heures de sommeil : _____

Allergies ou intolérances : _____

Aliments refusés : _____

Alcool par semaine : _____

Date : _____ Signature : _____

Ce questionnaire ne remplace pas un avis médical. Les réponses restent entre le client et son coach.