



Questionnaire Bien-être

Les champs précédés de * sont obligatoires. Tout questionnaire incomplet ne sera pas traité, merci.
Nous vous recommandons de répondre au maximum de question pour recevoir le meilleur des suivis possibles! Remplissez les cellules grises.

Etat Civil	
*Nom:	
*Prénom:	
*Adresse:	
*Code postal:	
*Ville:	
*Date de naissance:	
*Adresse mail:	
Téléphone:	

Informations professionnelles	
Profession:	
Type d'emploi:	Sédentaire
(inscrire "X" pour votre choix)	Semi-sédentaire
	Dynamique
Jours de travail	Lundi
(inscrire "X" pour votre choix)	Mardi
	Mercredi
	Jeudi
	Vendredi
	Samedi
	Dimanche

Pratique sportive	
Disciplines:	
*Nombre d'entraînement par semaine:	
*Durée moyenne d'une séance:	
Jours d'entraînement:	Lundi
(inscrire "X" pour votre choix)	Mardi
	Mercredi
	Jeudi
	Vendredi
	Samedi
	Dimanche

Informations médicales	
*Taille (cm) :	
*Poids (kg) :	
Pathologies et blessures:	
Traitements en cours:	
Fumeur:	



Informations complémentaires

Fréquence cardiaque de repos:

Fréquence cardiaque après 30 flexions en 45 sec.:

Fréquence cardiaque après une minute de repos allongé:

Possédez-vous un vélo? (O/N)

Possédez-vous des rollers? (O/N)

Possédez-vous un électrostimulateur? (O/N)

Avez-vous la possibilité de nager? (O/N)

Autres informations: