



Questionnaire Perte de Poids

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 (inscrire "X" pour votre choix)	Lundi
	Mardi
	Mercredi
	Jeudi
	Vendredi
	Samedi
	Dimanche

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



Informations médicales

Pathologies et blessures:

Traitements en cours:

Fumeur:

Informations complémentaires

Tour de poitrine:

Tour de ventre:

Tour de taille:

Possédez-vous un vélo? (O/N)

Possédez-vous des rollers? (O/N)

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

Autres informations: