**QUESTIONNAIRE SUR L'APTITUDE À L'ACTIVITÉ PHYSIQUE**

Toutes les informations fournies dans ce questionnaire demeureront confidentielles.

Nom et Prénom ………………………………………………………………………………………………………………………….

Tél. : (+………) ………………………………………………………………………………………………………………………………..

Date de naissance : ……………………………………. Poids …………………………………………………..

**PARTIE I – ANALISE DE LA SANTE ET DES HABITUDES DE VIE**

Métier/Profession …………………………………………………………………………………………………………………………….

Combien d’heures par semaine travaillez-vous? : …………………………………….

Est-ce que vous consacrez plus de 25 % à des activités suivantes :

* Être assis
* Être débout
* Marcher
* Conduire
* Porter des poids lourds

Est-ce que vous trouvez votre travail comme une activité plutôt :

* stressante
* active
* assise

**Soulignez les réponses OUI ou NON (ou précisez si nécessaire) :**

Est-ce que vous souffriez/souffrez d’un problème cardiaque ?....................................... OUI / NON

Ressentez-vous une douleur à la poitrine lorsque vous faites de l’activité physique ?….. OUI / NON

Est-ce que vous souffrez de l’hypo ou hypertension ?..................................................... OUI / NON

Éprouvez-vous des problèmes d’équilibre reliés à un étourdissement ou vous arrive-t-il de perdre connaissance ?.............................................................................................................. OUI / NON

Avez-vous des problèmes osseux ou articulaires (par exemple, au dos, au genou ou à la hanche) qui pourraient s’aggraver par une modification de votre niveau de participation à une activité physique

……………………………………………………………………………………..……………………………….…………… OUI / NON

Est-ce que vous ressentissez un mal au dos ?................................................................... OUI / NON

Des médicaments vous sont-ils actuellement prescrits?................................................. OUI / NON

Est-ce que vous avez eu un accident ou vous vous êtes fait opérés les 5 dernières années ? ……………………………………………………………………………………………………………………………….… OUI / NON

Est-ce que vous êtes enceinte ?……………………………………….………………………………………. OUI / NON

Est-ce que vous avez accouché d’un enfant ? ……………………………………………………………. OUI / NON

Est-ce que vous dormez plutôt bien ? …………………………………………………………………….… OUI / NON

Est-ce que vous fumiez/fumez les cigarettes?................................................................ OUI / NON

Est-ce que vous consacrez assez de temps pour vous détendre ?................................. OUI / NON

Est-ce que vous buvez de l’alcool plus souvent qu’une fois par semaine ?…………….…… OUI / NON

Est-ce que vous vous sentiez stressés ?............................................................................ OUI / NON

**Est-ce que vous souffriez/souffrez des maladies ci-dessous (soulignez) :**

anémie, asthme, bronchite, cancer, diabète, épilepsie, dépression, obésité, ostéoporose, disopathie, infarctus cérébral, sclerosis multiplex, athropie musclaire, arthritisme rhumatismal, incontinence urinaire

**Répondez à des questions ci-dessous :**

Connaissez-vous une autre raison pour laquelle vous ne devriez pas faire de l’activité physique?

…………………………….…………………………….…………………………….…………………………………………………………….

Combien de boissons avec de la caféine buvez-vous par jour ? (ex. café, Coca-Cola, etc.)

…………………………….…………………………….…………………………….…………………………………………………………….

Combien de l’eau buvez-vous par jour?

…………………………….…………………………….…………………………….…………………………………………………………….

Combien de portions de fruits et légumes prenez-vous par jour ?

…………………………….…………………………….…………………………….…………………………………………………………….

Combien de fois par semaine mangez-vous des sucreries ?

…………………………….…………………………….…………………………….…………………………………………………………….

Combien de fois par semainemangez-vous des plats frits?

…………………………….…………………………….…………………………….…………………………………………………………….

Est-ce que vous ajoutez beaucoup de sel dans votre nourriture?

…………………………….…………………………….…………………………….…………………………………………………………….

A quelle heure prenez-vous votre repas principal ?

…………………………….…………………………….…………………………….…………………………………………………………….

**PARTIE II – OBJECTIFS**

Qu’est-ce que vous a motivé à commencer des séances Pilates ?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Sur quoi aimeriez-vous vous focaliser :

* Posture
* Force
* Être élastique
* Se détendre
* Autres …………………………………………………………………………………………………….

Décrivez en vos propres mots trois objectifs les plus importants à atteindre :

…………………………………………………………………………………………………….…………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………….……………………………………………

…………………………………………………………………………………………………….……………………………………………

Est-ce que vous prévoyez un inconvenient qui pourrait perturber votre motivation ?

…………………………………………………………………………………………………….…………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………….……………………………………………

Réfléchissez s’il serait possible de minimaliser cet inconvenients?

Est-ce que vous êtes capable d’indiquer vos préférences concernant les jours et les horaires de vos cours individuels ?

…………………………………………………………………………………………………….…………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………….……………………………………………

**DÉCLARATION**

Je participe aux activités physiques volontairement et j’assume toute la responsabilité pour cette décision. Je suis en bonne santé et en bonne forme physique afin de participer aux activités physiques . Je certifie que je ne souffre pas de problèmes médicaux, physiques ou mentaux connus ou pouvant être identifiés et qui pourraient affecter ma capacité à participer en toute sécurité aux activités physiques. J’assume volontairement, sciemment et librement tous les risques associés à la mauvaise façon de exécuter les exercices. Je comprends qu'il est de ma responsabilité de surveiller en permanence mon état physique et mental pendant les séances des activités physiques.

 Date et signature …………..…………………..………………………………

Imprimez tout ce formulaire et emportez-le à la première session.

À bientôt

Alicja Rukowicz

+48 502 274 535