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

Les informations fournies dans ce formulaire sont confidentielles. Les fournir n'est pas obligatoire, vous pouvez donc décider de ne pas répondre aux questions suivantes. Cependant, veuillez noter que ces connaissances aident le thérapeute à comprendre votre condition physique, votre motivation, vos besoins ainsi que les obstacles et les limites et rendent les séances d'entraînement plus efficaces.

Date: …………………………………….

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

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

Date de naissance : ……………………......…. Taille .................. 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 % de votre temps à des activités suivantes :

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

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

* stressante
* active
* assise

Est-ce que vous pratiquer une activité physique régulière ? .....................................................................

Êtes-vous sous la garde d'un médecin? .....................................................................................................

**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

Est-ce que vous souffrez de migraine ? .......................................................................... OUI / NON

Est-ce qu’il vous arrive d’éprouver des sensations d’engourdissement et des fourmillements (les mains, les doigts, les pieds) ................................................................................ ........... OUI / NON

Est-ce qu’il vous arrive souvent d’avoir des crampes ................................................. 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

Avez-vous déjà eu un accident, une blessure, une chute dangereuse, une torsion, une rupture, une brûlure …………………………………………………………………………………………………………………….… OUI / NON

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

Avez-vous des cicatrices ? ............................................................................................. OUI / NON

Avez-vous un tatouage ? ........................................................................................ .... 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 vous sentiez stressés ?............................................................................ OUI / NON

Vous trouvez-vous comme une personne forte ? ............................................................ OUI / NON

Est-ce que vous avec des troubles du sommeil ? ............................................................ OUI / NON

Est-ce que vous ressentissez une tension ou une douleur à la mâchoire ? ...................... OUI / NON

Est-ce que vous avec des troubles de la vision ? ............................................................ OUI / NON

Quand avez-vous fait la dernière fois la prise de sang ..................................................... OUI / NON

Est-ce que vous êtes allergique ?.................................................................................... OUI / NON

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

Vous êtes droitier ou gaucher ? ..................................................................................... D / G

**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

**Est-ce que vous souffriez/souffrez d’une autre maladie ou dysfonctionnement ?**

**........................................................................................**............................................................................

................................................................ ................................................................ .......................................

Est-ce que vous suivez un traitement ? ..........................................................................................................

................................................................ ................................................................ .......................................

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

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

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

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

Combien d’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 semaine mangez-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
* Réduire la douleur
* 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 ?

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

Comment avez-vous découvert nos cours ?

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

**INFORMATIONS IMPORTANTES**

La première séance est une consultation individuelle de préparation au cycle de thérapie de la méthode Pilates. Elle consiste en interview basé sur le questionnaire de santé et évaluation posturale (observation, tests de tonicité musclulaires, tests de flexibilité, etc.).

Pour les séances, emmenez une tenue confortable ainsi que votre propre tapis de sol (conseillé). Les cours ont lieu sans chaussures (en chaussettes).

Les clients/clientes aux cheveux longs et mi-longs sont censés avoir les cheveux relevés, pas d'éléments de coiffure gros ou durs en raison de leur sécurité.

Séances se font sur réservation uniquement. Tout rendez-vous devant être annulé par le client doit impérativement être annulé 24h avant la séance initialement réservée. En cas d'absence non justifiée ou d'annulation de la part du patient moins de 24h avant la séance, la séance est due.

Nous sommes très reconnaissants d'annuler les cours le plus tôt possible. Cela nous aide à prendre de nouveaux rendez-vous et à maintenir la continuité de la thérapie pour rendre les cours efficaces. Cela nous aide également à utiliser la date de rendez-vous annulé pour d'autres patients.

**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 …………..…………………..…………………………

**CONSENTEMENT**

🞏 J'accepte de créer et de conserver des informations sur notre processus de traitement (résultats, photos, diagnostic) et de les utiliser pour définir mon plan d'entraînement et de consultation ou de recherche médicale future par Pilates terapeutyczny Alicja Rukowicz.

🞏 J'accepte de recevoir des informations sur mon processus de traitement, mes rendez-vous et des recommandations par e-mail ou SMS.

🞏 Je consens à utiliser mes données personnelles fournies dans ce document conformément à la loi du 10 mai 2018 sur la protection des données personnelles par Pilates terapeutyczny Alicja Rukowicz, NIP 9521917384 ainsi que Stefa Równowagi Sp. zoo. NIP : 7011058490

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

Imprimez tout ce formulaire et emportez-le à la première session ou envoyez-la par e-mail.

À bientôt

Alicja Rukowicz, Pilates thérapeutique

Tel./WhatsApp +48 502 274 535

[alicja.rukowicz@gmail.com](mailto:alicja.rukowicz@gmail.com)