

# Questionnaire

www.eric-gym-mobil.fr

Indiquer l'objectif principal et secondaire :

Coef. de forme [de 1 à 10] (sensations personnelles) :

Nom	Prénom	Sexe	Taille (cm)	Poids actuel	Poids souhaité
Date de Naissance :		Date du Questionnaire :			

## SANTE Homme et Femme

Combien de grossesse ?	Nb d'enfants :	Ecart de poids annuel (en kg) :
------------------------	----------------	---------------------------------

Avez-vous des blessures (articulaire, musculaire, rachis) :

### Antécédent personnel :

Cholestérol <input type="checkbox"/>	Cardiaque <input type="checkbox"/>	Pulmonaire <input type="checkbox"/>	Dépression <input type="checkbox"/>
Anémie <input type="checkbox"/>	Thyroïde <input type="checkbox"/>	Cellulite <input type="checkbox"/>	Hormone <input type="checkbox"/>
Migraine <input type="checkbox"/>	Constipation <input type="checkbox"/>	Circulation <input type="checkbox"/>	Arthrose <input type="checkbox"/>
Diabète <input type="checkbox"/>	Arthrite <input type="checkbox"/>	Digestion <input type="checkbox"/>	Varices <input type="checkbox"/>
	Jambe lourde <input type="checkbox"/>	Hypertension <input type="checkbox"/>	<b>Gp sanguin</b> <input type="checkbox"/>

### Traitement actuel :

Pillule : Oui  Non  Dosage pillule : Faible  Moyen  Fort

Excitant  Fumeur  Nb cigarettes/J :  Cœur  Autre, préciser :

### Point de départ de votre

Puberté  Diabète  Travail

### excès pondéral :

Grossesse  Pillule  Autre, préciser :

### Avez-vous une aide, dans votre démarche de perte de poids chez vous ?

Oui  Non

## PREPARATION PHYSIQUE

Suivez-vous votre entraînement régulièrement : Oui  Non

Votre précédent programme était : Bien dosé  Trop facile  Trop dur  Trop long

Avez-vous rencontré des problèmes avec certains exercices :

Activité physique actuelle/semaine ? Aucune  1 à 3 heures  3 à 6 heures  > 6 heures

Préciser les activités :

Activité composée de : Endurance  [ : ] Musculation  [ : ] 1er Sport  [ : ]  
 (Sport + temps en heure) 2ème Sport  [ : ] Autre, préciser  [ : ]

Possibilité d'entraînement : Lundi  [ : ] Mardi  [ : ] Mercredi  [ : ]  
 (indiquer la durée) Jeudi  [ : ] Vendredi  [ : ] Samedi  [ : ]

## DEPENSE ENERGETIQUE JOURNALIERE

Activité professionnelle : Sédentaire  Peu actif  Moyennement actif  très actif

Heures de travail par semaine : Profession :  Sommeil (besoin) :  réel :

## ALIMENTATION

Appétit : Important  Mangez-vous vite  Moyen  Boulimie  Faible  Anémie

Nombre de verre/jour : Eau :  Jus de fruits :  Soda :  Vin ou bière :  Alcool :

Période de boulimie :  D'anorexie :  Mode de l'allégé :  Plat en sauces par semaine :

Faites-vous des repas à plat unique : Tout le temps :  Non :  Le midi :  Le soir :

En général vous mangez	Petit repas	Repas moy.	Gros repas	Aliments que vous n'aimez pas :
Petit déjeuner				
Midi				
Soir				

Précisez vos lieux de repas (chez vous, au restaurant) :

Midi :

Soir :

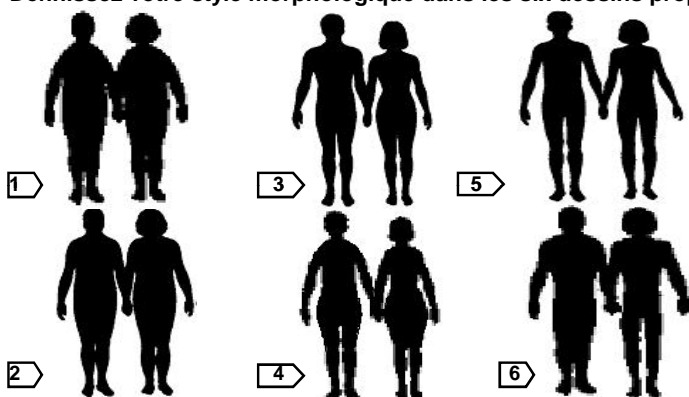
Nb de fois par semaine où vous avez l'estomac ballonné après un repas : 0  1  2  3  4  5

**Donnez un exemple de ce que vous avez l'habitude de manger pour une journée classique de semaine :**  
 Evaluer les quantités en grammes ou en volume : (petite, moyenne, grosse portion) afin d'étudier votre alimentation.  
 Veuillez indiquer les collations de la journée (grignotage : bonbons, gâteaux, pop corn ...) et la consommation de pain.

<b>Petit déjeuner</b>	Horaire	<b>Midi</b>	Horaire	<b>Soir</b>	Horaire
<b>1ère Collation</b>	Horaire	<b>2ème Collation</b>	Horaire	<b>3ème Collation</b>	Horaire

## MORPHOLOGIE et PERFORMANCES

Définissez votre style morphologique dans les six dessins proposés :



	H & F	H & F (métabolisme)	Femmes (morphologie)
N°1	<input type="checkbox"/>	Lent <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/>
N°2	<input type="checkbox"/>		
N°3	<input type="checkbox"/>	Moyen <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
N°4	<input type="checkbox"/>		
N°5	<input type="checkbox"/>		
N°6	<input type="checkbox"/>	Rapide <input type="checkbox"/>	T <input type="checkbox"/>

Indiquer vos performances actuelles (uniquement si vous avez passé le niveau débutant)

(rayer les exercices que vous n'utilisez pas) :

Niveau d'entraînement :

Reprise < 6 mois   
 Moyen > 1 an   
 Confirmer > 2 ans   
 Compétition

N°	Exercices	Test Maxi	Série de 10 Rep.
1	Squat		
2	Presse Oblique		
3	Ischios		
4	Quadriceps (Leg's)		
5	Fente Avant		
6	Développé Couché		
7	Développé Incliné		
8	Butterfly		
9	Écarté Couché		
10	Écarté Incliné		
11	Dips *		
12	Triceps Poulie		

Débutant   
 Reprise > 1 an   
 Reprise blessure

N°	Exercices	Test Maxi	Série de 10 Rep.
13	Traction *		
14	Soulevé de Terre		
15	Tirage Nuque		
16	Tirage Rameur		
17	Pull Over		
18	Développé Nuque		
19	Haussement Barre		
20	Biceps Barre		
21	Mollets		

\* faites le maximum de répétitions

**Commentaires :** (passé sportif, niveau de performance, si vous reprenez le sport, indiquer le temps d'arrêt)