

Données Personnelles

Nom	
Prénom	
Téléphone	
E-mail	

Questionnaire de santé

Avez-vous plus de 45 ans ?		Oui	Non
Avez-vous un mode de vie passif ?		Oui	Non
Etes-vous en bonne santé ?		Oui	Non
Etes-vous en traitement médical/physiothérapie actuellement ?		Oui	Non
Avez-vous des problèmes de pression ?		Oui	Non
Souffrez-vous de problèmes cardiaques ?		Oui	Non
Souffrez-vous de problèmes de dos ?		Oui	Non
Avez-vous des problèmes avec le système respiratoire ?		Oui	Non
Prenez-vous des médicaments ?		Oui	Non
Pratiquez-vous du sport ?		Oui	Non

Quels sont vos désirs pour votre entraînement dans notre centre ?	
	Bien-être santé
	Perte de poids
	Augmentation de la performance corporelle
	Condition physique générale

Lieu, date, signature du client _____