

Fiche client

Informations générales

Coordonnées :

- Nom :
- Prénom :
- Date de naissance (âge) :
- Numéro de téléphone :
- Adresse e-mail :
- Localité :
- Pays :
- Activité professionnelle :

Poids, taille & mensuration :

- Poids :
- Taille en cm :

- Mensurations :
 - Tour d'épaules :
 - Tour des pectoraux & dorsaux :
 - Tour de bras :
 - Tour de ventre (hauteur du nombril) :
 - Tour de hanches :
 - Tour de cuisse :

- Joindre en annexe des photos en sous-vêtements :
 - De face
 - De profil
 - De dos

Pathologie :

- Souffrez-vous (ou avez-vous déjà été diagnostiqué, dans le passé) d'une maladie :
 - Liée au système cardiovasculaire
 - Liée au système pulmonaire
 - Liée au système neurologique
 - Liée au système locomoteur
 - Liée au système endocrinien
 - Liée au système lymphatique (ex : rétention d'eau excessive)
 - Liée au système immunitaire

Si oui, laquelle :

- Souffrez-vous (ou avez-vous déjà souffert dans le passé) de :
 - Douleur dorsale
 - Douleur aux genoux
 - Autres douleurs articulaires

Si oui, développez :

- Suivez-vous un traitement médicale et/ou médicamenteux ?

Si oui, lequel :

Contraceptions ?

Liste des médicaments prescrit (+ précédemment & combien de temps) :

Objectifs & motivation :

- Quel est votre objectif ?

- Quel endroit de votre corps souhaitez-vous changer ?

- Sur une échelle de 1 à 7, comment définirez-vous votre degré d'investissement ?
 1. Je veux des résultats rapides, pour un minimum d'effort
 4. Je veux atteindre de bons résultats proportionnels à mes efforts grâce à un investissement que je me vois soutenir sur le long terme
 7. Je ferai tout ce qui est en mon pouvoir pour obtenir les meilleurs résultats possibles

- Combien de fois par semaine seriez-vous prêt à vous entraîner pour atteindre les meilleurs résultats possibles ?
- Désirez-vous vous entraîner :
 - Dans un fitness
 - A la maison

- À quel moment de la journée désirez-vous vous entraîner ?

Lifestyle

Niveau d'activité & entraînement :

- Sélectionnez l'une des modalités ci-dessous :
 - Sédentaire (par exemple travail au bureau et pas d'activité physique)
 - Un peu actif (déplacement à pieds ou à vélo, entraînement 1 à 3x/sem.)
 - Actif (beaucoup debout durant la journée, plus de 3 entraînement/sem.)
 - Très actif (travail manuel et/ou physique, activité physique et entraînement quotidiens)

- Combien d'entraînement pratiquez-vous actuellement par semaine ?

- Merci de joindre ou de décrire votre programme et/ou méthode d'entraînement actuel :
(Split/pull-push-leg/upperbody-lowerbody/fullbody/)
Décrivez l'intégralité de votre entraînement (méthode, machines, séries, répétitions, temps de repos, etc).

Niveau de stress :

- Sélectionnez l'une des modalités ci-dessous :
 - Sans stress
 - Stress léger/ occasionnel
 - Stress moyen
 - Stress élevé

Qualité du sommeil :

- Combien d'heure dormez-vous par nuit ?
- Souffrez-vous de troubles du sommeil ? Si oui, sélectionnez l'une des modalités ci-dessous :
 - Difficultés à s'endormir
 - Sommeil perturbé par des réveils réguliers en pleine nuit
 - Réveil tôt avec l'impossibilité de se rendormir
 - Autre
- Sentez-vous reposer au réveil ?
- Ressentez-vous de la fatigue durant la journée ? Si oui, sélectionnez l'une des modalités ci-dessous :
 - Fatigue ressentie au réveil / difficulté à se réveiller
 - Fatigue ressentie a midi, après le repas
 - Fatigue ressentie le soir

Nutrition :

- Combien de calories pensez-vous consommer/jour ?

- Merci de joindre ou de décrire votre programme alimentaire actuel :

VEUILLEZ SVP : Calculer vos calories grâce à l'application « myfitnesspall » durant deux semaines afin de me faire parvenir un totale calorique le plus précis possible

- Êtes-vous sujet à divers allergies et/ou intolérance alimentaire ? Si oui lesquels :

- Tenez-vous un régime en particulier (cétogène, hyper-proteiné, vegan, végétarien ou autre) ?

- Consommez-vous des compléments alimentaires ? Si oui, lesquels :

- Souffrez-vous de troubles digestifs ?
 - Jamais
 - Parfois
 - Fréquemment

- Quel(s) aliment(s) détestez-vous ?

- Il y a il un/des aliment(s) que vous mangez quotidiennement et que vous voulez continuer de consommer dans le futur plan alimentaire ?

- Est-ce que vous mangez vos repas à des heures fixes ?

- Durant une journée combien de repas mangez vous actuellement ?

- Êtes-vous sujet au grignotage entre les repas ?
 - Jamais
 - Parfois
 - Fréquemment

Si oui, quel type d'aliments grignotez-vous ?



Contrat :

- Durée du suivi :
 - 3 mois
 - 6 mois
 - 12 mois
- Modalité de paiement :
 - En 1x
 - Par mois

Merci de retourner ce formulaire rempli & signé :
À l'adresse e-mail sashamayor1462@gmail.com
Ou par WhatsApp au [0793350136](tel:0793350136)

Merci pour votre confiance, j'ai hâte de démarrer cette aventure à vos côtés

Date :
Signature :