METINA

COACHING SPORTIF SUR MESURE

DATE

AVANT DE COMMENCER

Questionnaire de santé

Ces réponses me permettent d'adapter chaque séance à ton corps et à ta santé, en toute sécurité. Réponds honnêtement. Environ 8 minutes.

01 Identité

PRÉNOM ET NOM

SEXE

TÉLÉPHONE

E-MAIL

PROFESSION

Travail :

☐ Plutôt assis ☐ Debout / en mouvement ☐ Physique

02 Mesures

ÂGE

TAILLE (CM)

POIDS (KG)

FC AU REPOS (BPM)

03 Activité physique

Pratiques-tu une activité sportive en ce moment ? ○ Oui ○ Non

Laquelle, combien de fois par semaine ?

As-tu arrêté le sport pendant longtemps ? ○ Oui ○ Non

Depuis quand ?

Niveau actuel :

☐ Je ne fais pas de sport ☐ Débutant·e ☐ Intermédiaire ☐ Avancé·e

04 Stress et énergie

Stress au quotidien :

FAIBLE ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 TRÈS ÉLEVÉ

Énergie dans la journée :

TRÈS BASSE ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 TRÈS HAUTE

Principale source de stress en ce moment :

05 Santé

> Si tu réponds oui à l'une des questions 1 à 7, demande l'avis de ton médecin avant de commencer.

1. Problème cardiaque ou tension trop élevée ? ◯ Oui ◯ Non

Lequel, depuis quand, suivi médical ? _____

2. Douleur dans la poitrine, au repos ou à l'effort ? ◯ Oui ◯ Non

Quand et comment ? _____

3. Vertiges ou perte de connaissance ces 12 derniers mois ? ◯ Oui ◯ Non

Combien de fois, dans quelle situation ? _____

4. Maladie chronique (diabète, asthme, épilepsie…) ? ◯ Oui ◯ Non

Laquelle ? _____

5. Traitement en cours (médicaments, physio, autre) ? ◯ Oui ◯ Non

Lequel, pour quoi ? _____

6. Contre-indication médicale à certains efforts ? ◯ Oui ◯ Non

Lesquels ? _____

7. Grossesse, ou accouchement ces 6 derniers mois ? ◯ Oui ◯ Non

Semaine de grossesse ou date d'accouchement _____

8. Problèmes articulaires, de dos ou ailleurs ? ◯ Oui ◯ Non

Où, de quelle nature ? _____

9. Problèmes respiratoires ? ◯ Oui ◯ Non

Lesquels ? _____

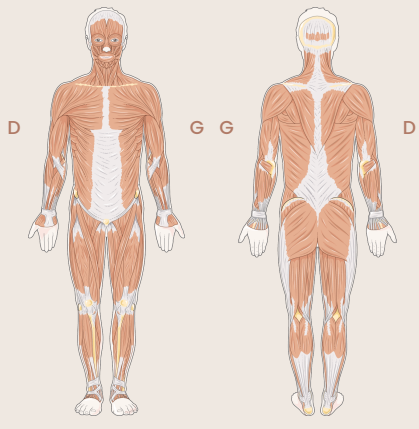
10. Opérations ou blessures importantes ? ◯ Oui ◯ Non

Lesquelles, et quand ? _____

11. Tabac ? ◯ Oui ◯ Non

Quoi, combien par jour ? _____

06 Douleurs



Illustrations : Servier Medical Art, smart.servier.com, CC BY 4.0

Entoure ou hachure les zones où tu as des douleurs ou des gênes, même légères.

Intensité de la douleur la plus forte :

☐ Légère ☐ Modérée ☐ Forte

Depuis quand, et quand a-t-elle lieu (au repos, à l'effort, le matin…) ?

_____

_____

07 Sommeil

Heures de sommeil par nuit :

☐ Moins de 6 h ☐ 6 à 7 h ☐ 7 à 8 h ☐ Plus de 8 h

Qualité du sommeil :

MAUVAISE ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 EXCELLENTE

Te réveilles-tu souvent pendant la nuit ? ○ Oui ○ Non

Te sens-tu reposé·e au réveil ? ○ Oui ○ Non

Utilises-tu un écran dans l'heure avant de dormir ? ○ Oui ○ Non

08 Alimentation

Selon toi, tu manges bien ?

PAS DU TOUT ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 TRÈS BIEN

Repas par jour :

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ou plus

Eau par jour :

☐ Moins de 1 L ☐ 1 à 1,5 L ☐ 1,5 à 2 L ☐ Plus de 2 L

Alcool :

☐ Jamais ☐ Occasionnellement ☐ Chaque semaine ☐ Presque tous les jours

Allergies ou intolérances alimentaires ? ○ Oui ○ Non

Lesquelles ? _____

Régime particulier (végétarien, végan, halal, sans gluten…) :

09 Déclaration

Je confirme que mes réponses sont exactes et je préviendrai mon coach si ma santé change. En cas de « oui » aux questions 1 à 7 ou de doute, je consulte un médecin avant de commencer. Je m'entraîne sous ma propre responsabilité et je respecte les consignes de mon coach. Dans les limites de la loi, METINA décline toute responsabilité pour les dommages liés à des informations inexactes ou au non-respect des consignes (faute grave réservée, art. 100 CO). J'accepte que mes données de santé servent uniquement à adapter mon programme.

Engagement du coach. Je m'engage à garder ces informations strictement pour moi, à ne jamais les transmettre sans ton accord, et à m'en servir pour structurer un programme adapté à ta santé.

LIEU ET DATE

SIGNATURE