

# QUESTIONNAIRE SUR L'APTITUDE À L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Toutes les informations fournies dans ce questionnaire demeureront confidentielles.

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 debout
- 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 pratiquez une activité physique régulière? .....

**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 (des mains, des doigts, des 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 ressentez un mal au dos ?..... OUI / NON

Est-ce que vous avez eu un accident ou vous vous êtes fait opérés les 5 dernières années ? ..... OUI / NON

Avez-vous des cicatrices ? ..... 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

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

Est-ce que vous avez des troubles de la vision ? ..... 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, sclerose multiplex, atrophie musculaire, 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
- Autres .....

Décrivez en vos propres mots trois objectifs les plus importants à atteindre :

.....

.....

.....

Est-ce que vous prévoyez un inconvénient qui pourrait perturber votre motivation ?

.....  
.....  
Réfléchissez s'il serait possible de minimaliser cet inconvénient?

Est-ce que vous êtes capable d'indiquer vos préférences concernant les jours et les horaires de vos cours individuels ?  
.....

### **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 de la statique , des tests de tonicité musculaires, tests de flexibilité, etc.).

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

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.

### **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 .....

Imprimez tout ce formulaire et emportez-le à la première session.

À bientôt

Alicja Rukowicz, Pilates thérapeutique

Tél. 09 70 99 92 36

Whatssap +48 502 274 535