

QUESTIONNAIRE SANTÉ & PERSONAL TRAINING

Bilan initial avant la mise en place d'un accompagnement sportif personnalisé

Objectif du document :

Mieux comprendre votre santé, votre vécu, vos objectifs et vos contraintes afin d'adapter les séances en toute sécurité. Répondez avec précision. En cas de doute médical, le coach pourra demander l'avis de votre médecin avant le début ou la poursuite de l'activité.

A. IDENTITÉ ET COORDONNÉES

1. Informations personnelles

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Profession :
Téléphone :	E-mail :
Adresse :	NPA / Localité :

2. Personne à contacter en cas d'urgence

Nom et prénom :	Lien avec vous :
Téléphone :	Médecin traitant (facultatif) :

B. SANTÉ ET SÉCURITÉ

3. Comment évaluez-vous actuellement votre état de santé général ?

☐ Très bon ☐ Bon ☐ Moyen ☐ Fragile

4. Un médecin vous a-t-il déjà déconseillé ou limité une activité physique ?

Si oui, précisez la raison et les recommandations.

☐ Non ☐ Oui

5. Avez-vous actuellement, ou avez-vous déjà eu, l'un des problèmes suivants ?

Indiquez le diagnostic, la date et la situation actuelle.

☐ Cardiaque / tension ☐ Respiratoire ☐ Métabolique / diabète ☐ Neurologique ☐ Autre

6. Ressentez-vous des symptômes à l'effort ou au repos ?

Précisez la fréquence, les circonstances et la dernière occurrence.

☐ Douleur thoracique ☐ Essoufflement inhabituel ☐ Vertiges / malaise ☐ Palpitations ☐ Aucun

7. Avez-vous des douleurs, blessures, opérations ou limitations articulaires actuelles ou passées ?

Zone concernée, diagnostic éventuel, date, soins reçus, mouvements à éviter.

8. Suivez-vous un traitement ou prenez-vous des médicaments pouvant influencer l'effort ?

Nom / rôle du traitement, précautions utiles (sans interrompre un traitement sans avis médical).

☐ Non ☐ Oui

9. Y a-t-il une situation particulière à prendre en compte ?

☐ Grossesse / post-partum ☐ Allergie ☐ Handicap ☐ Maladie récente ☐ Aucune ☐ Autre

C. PARCOURS SPORTIF ET NIVEAU ACTUEL**10. Quel est votre historique sportif ?**

Sports pratiqués, niveau, nombre d'années, régularité, compétitions et date de la dernière période active.

11. Quelle activité physique pratiquez-vous actuellement sur une semaine type ?

Type, fréquence, durée, intensité, pas quotidiens ou habitudes de déplacement actif.

12. Quels exercices aimez-vous, et lesquels souhaitez-vous éviter ?

Précisez aussi les éventuelles peurs, mauvaises expériences ou préférences d'encadrement.

D. OBJECTIFS ET ATTENTES

13. Quels sont vos objectifs prioritaires ?

Classez vos 1 à 3 priorités et décrivez le résultat recherché.

☐ Santé / énergie ☐ Perte de poids ☐ Prise de masse ☐ Force ☐ Mobilité ☐ Performance ☐ Bien-être

14. Avez-vous une échéance et des indicateurs de réussite ?

Date, poids ou mensurations si pertinents, capacités physiques, vêtements, douleurs, sommeil, confiance, etc.

15. Qu'attendez-vous concrètement de votre coach ?

Décrivez ce qui vous aiderait le plus et ce que vous ne souhaitez pas.

☐ Séances ☐ Programme autonome ☐ Nutrition ☐ Motivation ☐ Technique ☐ Suivi / mesures

E. MODE DE VIE, SOMMEIL ET STRESS

16. Décrivez votre quotidien et vos principales contraintes.

Travail assis ou physique, horaires, déplacements, obligations familiales, temps disponible, environnement d'entraînement.

17. Comment sont votre sommeil, votre récupération et votre niveau d'énergie ?

Heures par nuit : _____ Qualité /10 : _____ Énergie /10 : _____ Réveils, horaires irréguliers, travail de nuit, fatigue.

18. Quel est votre niveau de stress actuel et comment le gérez-vous ?

Stress /10 : _____ Sources principales, impact sur le sommeil, l'alimentation ou l'entraînement, stratégies qui vous aident.

19. Quelles sont vos habitudes d'hygiène de vie ?

Tabac / nicotine, alcool, hydratation, temps assis, loisirs, récupération. Indiquez fréquence et quantité lorsque pertinent.

F. ALIMENTATION ET COMPLÉMENTS

20. Décrivez une journée alimentaire habituelle.

Petit-déjeuner, repas, collations, boissons, horaires, quantités approximatives et différences le week-end.

21. Avez-vous un régime, des allergies, intolérances ou difficultés alimentaires ?

Précisez aussi les grignotages, compulsions, troubles digestifs ou antécédents de troubles du comportement alimentaire si vous souhaitez en informer le coach.

☐ Aucun ☐ Végétarien / végétalien ☐ Allergie / intolérance ☐ Restriction médicale ☐ Autre

22. Prenez-vous des compléments alimentaires ou produits de performance ?

Produit, marque, dose, fréquence, raison, depuis quand. Mentionnez également caféine, boissons énergétiques ou autres substances utiles à connaître.

☐ Non ☐ Oui

23. Sur quels aspects nutritionnels souhaitez-vous être accompagné(e) ?

Attentes, difficultés et changements que vous vous sentez prêt(e) à tester.

☐ Structure des repas ☐ Protéines ☐ Calories / portions ☐ Hydratation ☐ Compléments ☐ Organisation

G. MOTIVATION, ORGANISATION ET SUIVI

24. Pourquoi souhaitez-vous commencer maintenant ?

Motivation /10 : _____ Confiance dans votre réussite /10 : _____ Principal moteur et principal obstacle.

25. Quelle organisation de coaching vous convient ?

Nombre de séances accompagnées par semaine :	Jours et horaires :
Durée d'une séance :	Lieu :
Nombre de séances autonomes possibles :	
Matériel disponible :	
Budget ou contraintes à signaler :	

26. Comment souhaitez-vous mesurer les progrès et communiquer entre les séances ?

Fréquence des bilans : _____ Canal : ☐ WhatsApp ☐ E-mail ☐ App ☐ Autre : _____ Rappels / niveau de suivi souhaité :

☐ Poids ☐ Mensurations ☐ Photos ☐ Tests physiques ☐ Bien-être ☐ Journal d'entraînement

H. SYNTHÈSE ET VALIDATION**27. Les trois priorités retenues pour le plan d'accompagnement****28. Précautions, adaptations ou orientation médicale décidées avec le coach****Déclaration et consentement**

Je confirme avoir répondu honnêtement selon mes connaissances et m'engage à informer le coach de tout changement de santé, douleur ou symptôme. Je comprends que ce questionnaire ne constitue ni un diagnostic ni un avis médical. J'autorise le traitement confidentiel de ces informations uniquement pour organiser et sécuriser mon accompagnement sportif, conformément au droit applicable. Je peux demander l'accès, la correction ou la suppression de mes données, sous réserve des obligations légales.

☐ Je confirme l'exactitude des informations ☐ Je consens au traitement confidentiel décrit ci-dessus

Lieu et date :	Signature du/de la client(e) :
Nom du coach :	Signature du coach :

Décision avant démarrage : ☐ Activité possible selon le plan convenu ☐ Adaptations nécessaires ☐ Avis / certificat médical demandé