QUESTIONNAIRE

I n f o r m a t i o n s g é n é r a l e s

* Nom :
* Prénom :
* Lieu de résidence :
* Numéro de téléphone :
* Instagram ou Facebook :
* Date de naissance :
* Adresse mail :
* Métier :

**Physique :**

* Taille :
* Poids :
* Pourcentage de matière grasse (si connu) :

Précisez de quelle manière vous le connaissez (Balance connectée, calcul, Dexa Scan…)

* Mensurations (en cm) :

Dos (au-dessus de la poitrine)

Taille (nombril)

Hanches (milieu fessiers)

Cuisses

Biceps

N u t r i t i o n

* Connais-tu ton apport calorique journalier ?
* Connais-tu tes apports en macronutriments actuels ?

Protéines

Glucides

Lipides

* As-tu déjà pesé tes aliments pour atteindre un objectif physique ?
* As-tu déjà fait des régimes ? Lesquels ? Quand et pendant combien de temps ?
* Quels ont été les résultats de ces régimes ?
* As-tu repris du poids suite à ces régimes ? Si oui, combien ?
* As – tu déjà souffert de Trouble du Comportement Alimentaire (TCA) ? Si oui, lesquels ? Combien de temps ? Te sens-tu complètement guéri ?

**Habitudes alimentaires :**

Comment estimes-tu ton apport en protéines ? (Entoure ta réponse)

Jamais / très peu / peu / moyennement / beaucoup

Préfères-tu :

* Les aliments riches en glucides (pâtes, riz, pain, céréales…)
* Les aliments riches en lipides (avocat, beurre, huile, oléagineux, fromage…)

**Décris une journée type** :

*Petit-déjeuner*

*Collation entre repas*

*Midi*

*Collation entre repas*

*Soir*

*Collation après repas du soir*

S p o r t

* Pratiques-tu déjà de la musculation ? Depuis combien de temps ?
* Préfères-tu (entoure tes préférences) :

Le poids de corps

Le petit matériel (élastique, petits haltères, TRX…)

Les poids libres (Haltères, barres)

Les machines guidées

* Combien de fois par semaine ?
* Combien de temps dure tes séances ?
* As-tu déjà suivi un programme sportif « à la lettre » ?
* A combien estimes-tu ta motivation lors des séances sur une échelle de 1 à 10 ?
* A combien estimes-tu ta résistance à la « douleur » lors d’une séance sur une échelle de 1 à 10 ?
* Quel type d’activité pratiques-tu ? (Musculation, Cardio, Hiit, CrossFit)
* Pratiques-tu un autre sport ? Depuis combien de temps ?
* A combien estimes-tu ton endurance cardiovasculaire sur une échelle de 1 à 10 ?
* A combien estimes-tu ton endurance musculaire sur une échelle de 1 à 10 ?
* A combien estimes-tu ta force sur une échelle de 1 à 10 ?

S a n t é

* Souffres-tu d’une maladie ? Laquelle ? (Auto-immune, problèmes cardiaques, problème de peau, problème de dos, hernie, diabète, tension etc.)
* As – tu déjà eu des blessures ou des accidents ?
* Prends-tu des médicaments ? Lesquels ?
* Prends-tu un moyen de contraception ? Si oui, lequel ? (S’il s’agit d’un stérilet, précise s’il s’agit d’un stérilet avec ou sans hormones)
* Fumes-tu ? (Cigarettes ou autre) Combien par jour ?
* Consommes-tu de l’alcool ? Si oui, à quelle fréquence et quelle quantité ?
* As-tu un bon sommeil ?

E s t i m e d e s o i / B i e n – ê t r e

* Sur une échelle de 1 à 10, quelle estime as-tu de toi d’une manière générale ?
* Sur une échelle de 1 à 10, quelle estime as-tu de ton physique ?
* Te sens-tu régulièrement stressé(e) ?
* Prends-tu régulièrement du temps pour toi ? Quel type d’activité fais-tu pour cela ?

(Yoga, journaling, méditation, marche dans la nature…)

* Souhaites-tu rajouter quelque chose ?