

Fiche d'accueil client

trainercheck.app

À remplir avant votre première séance.

1. L'essentiel

Nom complet: _____

E-mail: _____

Téléphone: _____

Date de naissance: _____

Meilleur moyen et moment pour vous joindre:

Personne à prévenir en cas d'urgence (nom et numéro):

2. Objectifs

Que souhaitez-vous accomplir ?

À quoi ressemblerait la réussite, selon vous ?

Y a-t-il une date ou un événement que vous préparez ?

Comment saurez-vous que ça fonctionne ?

3. Historique d'entraînement

Quel entraînement avez-vous déjà pratiqué ?

Pendant combien de temps vous êtes-vous entraîné régulièrement, à votre meilleur ?

3. Historique d'entraînement (suite)

Qu'avez-vous préféré ?

Qu'avez-vous moins aimé ou redouté ?

Si vous avez déjà arrêté de vous entraîner, qu'est-ce qui vous en a empêché ?

Blessures, opérations ou zones sensibles passées ?

4. Questionnaire de santé

Si vous répondez oui à l'une des questions de cette section, merci de donner des précisions sur les lignes prévues. Nous pourrions vous demander l'accord de votre médecin avant de commencer.

Un médecin vous a-t-il déjà conseillé de limiter votre activité physique ? O ☐ N ☐

Avez-vous une maladie cardiaque, pulmonaire ou de tension artérielle diagnostiquée ? O ☐ N ☐

Ressentez-vous une douleur à la poitrine, des étourdissements ou un essoufflement pendant l'activité ? O ☐ N ☐

Avez-vous un problème osseux, articulaire ou de dos que l'activité pourrait aggraver ? O ☐ N ☐

Suivez-vous un traitement pour une maladie de longue durée (diabète, asthme, épilepsie, thyroïde) ? O ☐ N ☐

Prenez-vous un médicament susceptible d'affecter l'exercice ? O ☐ N ☐

Êtes-vous enceinte, ou avez-vous accouché au cours des 6 derniers mois ? O ☐ N ☐

Précisions pour toute réponse « oui » ci-dessus :

Y a-t-il autre chose concernant votre santé que je devrais savoir ?

5. Mode de vie

Sommeil moyen par nuit (heures):

Niveau de stress actuel (1 à 10):

5. Mode de vie (suite)

Rythme de travail (horaires, postes, sédentaire ou actif):

Activité actuelle en dehors de l'entraînement:

Comment décririez-vous votre alimentation en ce moment ?

Régime particulier, allergies ou aliments que vous ne mangez pas ?

6. Organisation et consentement

Jours et horaires où vous pouvez vous entraîner:

Combien de séances par semaine sont réalistes ? _____

Où vous entraînerez-vous, et de quel matériel disposez-vous ?

Comment préférez-vous être coaché (poussé fort, encouragé en douceur) ?

Autre chose que vous aimeriez que je sache avant que nous commençons ?

Je confirme que les informations ci-dessus sont exactes et complètes.

O ☐ N ☐

J'ai lu et j'accepte les conditions de coaching et la politique d'annulation.

O ☐ N ☐

Signature: _____

Date: _____