



Fiche de renseignements circuit training

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Date de naissance : _____ âge _____
Sexe : F M
Téléphone : _____ Mail : _____
Enfants : OUI Combien ? _____ NON
Profession : _____

Renseignements

Renseignements mode de vie : (travail de nuit, sommeil etc...)

Blessures et/ou problèmes physiques qui doivent être portés à l'attention de l'éducateur sportif :

Pratique d'autres sports : OUI lesquels ? _____ NON

Quels sont vos objectifs ?

- Entretien
- Muscler / Tonifier
- Perte de poids
- Travail cardio
- Convivialité
- Encadrement
- Autre : précisez : _____

Questionnaire de santé « QS – SPORT »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour la pratique du circuit training.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON* : durant les 12 derniers mois:

- 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée
 OUI NON
- 2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?
 OUI NON
- 3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ? OUI NON
- 4) Avez-vous eu une perte de connaissance ? OUI NON
- 5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ? OUI NON
- 6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ? OUI NON
- 7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur à la suite d'un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc...) survenu durant les 12 derniers mois ? OUI NON
- 8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ? OUI NON
- 9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ? OUI NON

*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du participant.

Si vous avez répondu NON à toutes les questions : Pas de certificat médical à fournir.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions : **Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.**

Je soussigné (e)....., dont les renseignements personnels figurent sur la totalité de la fiche d'inscription :

- Atteste avoir répondu négativement au questionnaire de santé OUI NON
- **Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et dégage l'association POM de toutes responsabilités**

Certifie avoir pris connaissance des règles du fonctionnement d'association et en accepter les termes,
 OUI NON

Signature

TEST MOTIVATIONNEL

ECHELLE EMAPS

Nous voudrions connaître vos motivations quand vous faites des activités physiques, c'est-à-dire, pourquoi vous faites une activité physique ou des exercices physiques. Indiquez dans quelle mesure chacun des énoncés suivants correspond actuellement à l'une des raisons pour lesquelles vous pratiquez des activités physiques (AP)

Ne correspond Pas du tout	Correspond très peu	Correspond très peu	Correspond moyennement	Correspond assez	Correspond fortement	Correspond très fortement
1	2	3	4	5	6	7

Indiquez dans quelle mesure chacun des énoncés suivants correspond actuellement à l'une des raisons pour lesquelles vous pratiquez des activités physiques (AP)

1 - Pour le plaisir que je ressens lorsque je pratique des AP.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
2 - Je n'en ai aucune idée, je crois que ça ne me sert à rien.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
3 - Parce que je me sentirais mal si je ne faisais pas cet effort.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
4 - Parce que je pense que l'AP est une bonne chose pour mon développement personnel.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
5- Je ne sais pas vraiment ; j'ai l'impression de perdre mon temps lorsque je fais de l'AP	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
6 - Pour la satisfaction que je ressens à progresser dans ce genre d'activités	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
7 - Parce que l'AP fait partie intégrante du style de vie que j'ai choisi.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
8 - Franchement je fais de l'AP mais je ne vois pas l'intérêt.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
9 - Pour ne pas avoir à entendre les reproches de certaines personnes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
10 - Parce que je considère que faire de l'AP est une partie de mon identité.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
11 - Pour les sensations agréables que me procure l'AP.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
12 - Parce que personnellement je considère que c'est un facteur de bien-être.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
13 - Parce que faire de l'AP est cohérent avec mes valeurs.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
14 - Parce que je me sentirais nerveux-se si je n'en faisais pas.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
15 - Parce que certaines personnes me mettent la pression pour que je le fasse.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
16 - Parce que je pense que l'AP me permettra de me sentir mieux.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
17 - Parce que j'y suis obligé(e) par mon entourage.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
18 - Parce que je dois le faire pour me sentir bien avec moi-même.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7