

QUESTIONNAIRE PERSONNEL

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Taille :

Poids :

Adresse :

Téléphone :

Email :

Comment préférez-vous être contacté ? EMAIL ? TELEPHONE ? EMAIL ?

Aimeriez-vous faire partie de notre mailing ? OUI NON

Occupation :

Votre travail est-il sédentaire ? OUI /NON

Blessures antérieures :

Blessures actuelles/ Préoccupations :

En cas d'urgence contacter :

Nom :

Prénom :

Lien : Téléphone :

Régime alimentaire: Combien de fois par jour mangez-vous et quelles sont les proportions de vos repas ?

Régime alimentaire: S'il vous plaît, décrire votre régime alimentaire hebdomadaire en termes de viande, de fruits de mer, produits laitiers, fruits, légumes, grains, eau, thé, café, boissons énergétiques, boissons gazeuses, etc.

Évaluez votre digestion: Pauvre Moyenne Bonne Excellente

Évaluez votre respiration: Pauvre Moyenne Bonne Excellente

Êtes-vous un nez ou la bouche renflard ? Asthme: Oui / Non

Haute ou basse tension sanguine ? Oui / Non. Est-elle contrôlée avec des médicaments ? Oui Non

Historique de maladie cardiaque? Oui / Non.

Historique d'utilisation de drogues? Oui Non

Historique d'anxiété ou dépression avec médicaments ? Oui / Non. Depuis combien de temps?

Actuel niveau de stress perçu: Élevé Modéré Faible

Comment dormez-vous ? Mal bien Très bien

En moyenne, combien d'heures de sommeil dormez-vous chaque nuit?

Conduisez-vous ? Rarement Parfois Souvent La plupart du jour

Restez-vous assis ? Rarement Parfois Souvent La plupart du jour

Restez-vous debout ? Rarement Parfois Souvent La plupart du jour

Travaillez-vous avec un ordinateur ? Rarement Parfois Souvent La plupart du jour

Portez-vous des poids lourds ? Rarement Parfois Souvent La plupart du jour

Listez vos médicaments actuels :

Listez vos exercices / activités physiques :

Avez-vous déjà pratiqué yoga ? OUI / NON. Si oui, quel (s) style (s) ? Depuis combien de temps ?

Pratiquez-vous du sport ? OUI NON. Si oui, lequel (s) ? Depuis combien de temps ?

Blessures antérieures ou actuelles / conditions de santé (en cas échéant lister s'il vous plaît / expliquer)

Objectifs pour votre pratique / leçons de yoga