

Cycle Activité Physique Adaptée

RENSEIGNEMENT GENERAUX

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Email :

RENSEIGNEMENT DE SANTE

Pathologie(s) en cours :

Traitement(s) pouvant entraîner des effets indésirables et des contre-indications :

Allergies :

CAPACITE PHYSIQUE

Limitation de certains mouvements :

Oui

Non

Si oui, précisez lesquels :

Contre-indication à certains efforts/pratiques d'activités :

Oui

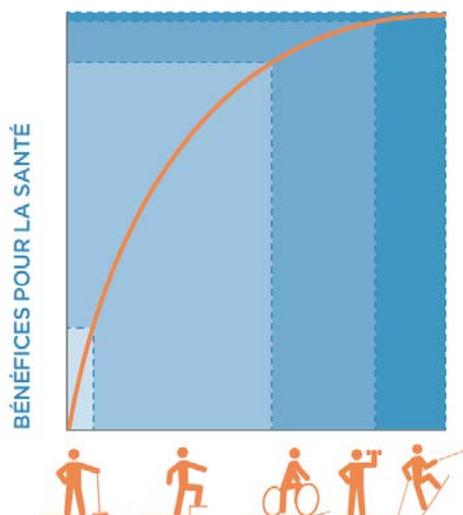
Non

Si oui, précisez lesquels :

PROJET ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE

Demande initiale :

Situez votre niveau d'activité physique quotidien :



NIVEAU D'ACTIVITÉ PHYSIQUE

-  : Activité légère vie quotidienne
-  : 30 minutes 5 fois p/semaine
Essoufflement léger
-  : Endurance 3 fois p/semaine
durant 20 minutes
Force et mobilité articulaire
au moins 2 fois p/semaine
-  : Activité sportive facultative

Définissez votre objectif :

- Réhabilitation corporelle
- Réathlétisation
- Reconditionnement physique
- Réadaptation à l'effort
- Maintien des acquis
- Réentraînement adapté
- Autres, précisez :

Définissez le type d'activités souhaité:

- Endurance cardio-respiratoire
- Renforcement musculaire
- Coordination
- Adresse
- Equilibre
- Rythme
- Sensorialité
- Souplesse
- Orientation
- Réactivité
- Vitesse

Fait à : Lyon

Le / /20

Signature :