

---

## Cycle PEP'S et CARDIO BI'SEP'S

### 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

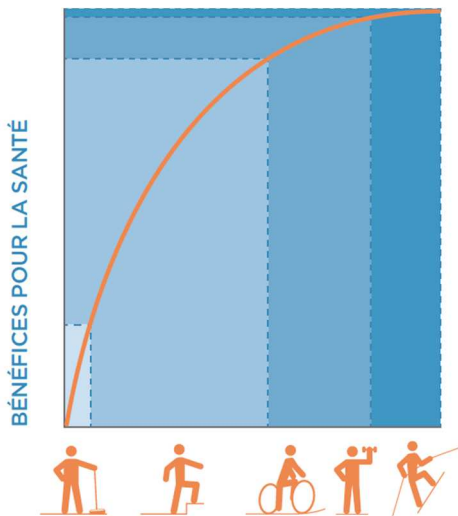
Non

Si oui, précisez lesquels :






## PROJET ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE

**Demande initiale :**

**Situez votre niveau d'activité physique quotidien :**



### NIVEAU D'ACTIVITÉ PHYSIQUE

-  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

: Activité légère vie

**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:**

- |  |  |                                       |                                    |
|--|--|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Endurance cardio-respiratoire | <input type="checkbox"/> Renforcement musculaire | <input type="checkbox"/> Coordination | <input type="checkbox"/> Adresse   |
| <input type="checkbox"/> Equilibre                     | <input type="checkbox"/> Rythme                  | <input type="checkbox"/> Sensorialité | <input type="checkbox"/> Souplesse |
| <input type="checkbox"/> Orientation                   | <input type="checkbox"/> Réactivité              | <input type="checkbox"/> Vitesse      |                                    |

Fait à : Lyon

Le       /       /20

Signature :