



ARCHIPEL DU VINCIN

QUESTIONNAIRE PRÉALABLE AU BILAN

À compléter avant votre entretien — Bilan personnalisé

Merci de répondre le plus précisément possible. Ces informations sont strictement confidentielles (RGPD) et servent uniquement à personnaliser votre suivi et à sécuriser votre évaluation physique. **Durée de remplissage : environ 10 minutes.**

A • Informations personnelles

Nom - Prénom	
Date de naissance	
Votre activité professionnelle est principalement :	☐ assise ☐ debout ☐ physique/manuelle ☐ variée ☐ sans activité professionnelle
Taille déclarée (cm)	
Poids déclaré (kg)	
Personne à prévenir en cas d'urgence (nom + téléphone)	

Sexe : ☐ Femme ☐ Homme ☐ Autre / ne se prononce pas

B • Antécédents de santé — dépistage (PAR-Q+)

Répondez par OUI ou NON à chaque question. Ce dépistage est un standard international de sécurité. Ces questions sont issues du dépistage initial du PAR-Q+. Les réponses seront analysées par le professionnel réalisant votre bilan avant la reprise ou l'intensification d'une activité physique.

N°	Question de dépistage	OUI	NON
1	Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'un problème cardiaque ou d'hypertension artérielle ?	☐	☐
2	Ressentez-vous une douleur dans la poitrine au repos, dans la vie quotidienne ou à l'effort ?	☐	☐
3	Avez-vous des étourdissements avec perte d'équilibre, ou avez-vous perdu connaissance au cours des 12 derniers mois ?	☐	☐
4	Un médecin vous a-t-il diagnostiqué une autre maladie chronique (diabète, asthme, thyroïde, etc.) ?	☐	☐
5	Prenez-vous actuellement des médicaments prescrits pour une maladie chronique ?	☐	☐
6	Avez-vous un problème osseux, articulaire ou musculaire (dos, genou, épaule...) aggravé par l'activité physique ?	☐	☐
7	Un médecin vous a-t-il déjà dit de ne faire de l'exercice que sous supervision médicale ?	☐	☐

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions : un avis médical ou un certificat de non contre-indication à la pratique pourra vous être demandé avant la partie « test physique » du bilan. Cela ne vous empêche pas de réaliser l'entretien.

Précisions complémentaires :

Antécédents médicaux / chirurgicaux pouvant influencer votre activité physique	
Blessures ou douleurs actuelles (localisation)	
Traitements susceptibles d'influencer l'effort, l'équilibre ou la fréquence cardiaque	
Allergies nécessitant une vigilance particulière pendant la séance	
Antécédents familiaux cardiovasculaires (infarctus / mort subite avant 55 ans H ou 65 ans F)	

Tabac : ☐ Non ☐ Occasionnel ☐ Régulier (nb/j : ____)

Alcool : ☐ Non ☐ Occasionnel ☐ Régulier

Grossesse en cours / post-partum récent (le cas échéant) : ☐ Non concerné(e) ☐ Oui (préciser : ____)

C · Mode de vie & travail

Heures assis(e) par jour (travail + trajets + maison) : ☐ < 4 h ☐ 4–6 h ☐ 6–8 h ☐ > 8 h

Trajet domicile-travail : ☐ À pied / vélo ☐ Transports ☐ Voiture ☐ Télétravail

Sommeil moyen : ☐ < 6 h ☐ 6–7 h ☐ 7–8 h ☐ > 8 h **Qualité du sommeil** : ☐ Bonne ☐ Moyenne ☐ Mauvaise

Niveau de stress ressenti (0 = nul, 10 = maximal) : ☐ 0–3 ☐ 4–6 ☐ 7–10

Hydratation (eau/jour) : ☐ < 1 L ☐ 1–1,5 L ☐ 1,5–2 L ☐ > 2 L

Repas par jour : ☐ 1–2 ☐ 3 ☐ > 3 + collations **Grignotage** : ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent

D · Pratique sportive actuelle

Activité physique régulière actuellement ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Reprise après arrêt

Volume hebdomadaire (heures) : ☐ < 1 h ☐ 1–3 h ☐ 3–5 h ☐ 5–7 h ☐ > 7 h

Intensité habituelle : ☐ Légère ☐ Modérée ☐ Intense

Depuis combien de temps pratiquez-vous ? ☐ < 6 mois ☐ 6 mois–2 ans ☐ > 2 ans

Marche quotidienne : ☐ < 3 000 pas ☐ 3 000–7 000 ☐ 7 000–10 000 ☐ > 10 000

Activités / sports pratiqués actuellement	
Passé sportif (activités marquantes, niveau atteint)	
Ce que vous aimez / n'aimez pas dans le sport	

E · Objectifs & attentes

Objectif principal (cochez-en UN seul) :

☐ Perte de poids ☐ Prise de masse musculaire ☐ Maintien / forme générale
☐ Endurance / cardio ☐ Tonification / renforcement ☐ Souplesse / mobilité
☐ Santé / prévention ☐ Préparation à un événement ☐ Réathlétisation post-blessure ☐ Autre : _____

Échéance visée : ☐ 1–3 mois ☐ 3–6 mois ☐ 6–12 mois ☐ > 1 an

Fréquence envisagée : ☐ 1×/sem ☐ 2×/sem ☐ 3×/sem ☐ 4×/sem ou +

Format préféré : ☐ Individuel ☐ Petit groupe ☐ Cours collectif ☐ Aquatique

Motivation actuelle (0–10) : ☐ 0–3 ☐ 4–6 ☐ 7–8 ☐ 9–10

Objectifs secondaires	
Poids / mesure cible (si applicable)	
Disponibilités (jours & créneaux)	
Contraintes (horaires, mobilité, matériel...)	
Avez-vous déjà été accompagné(e) ? Résultats / freins rencontrés	

F · Déclaration & consentement

Je certifie l'exactitude des informations fournies. Je comprends que ce bilan ne constitue pas un avis médical et que, en cas de réponse « OUI » au dépistage, un avis médical peut être requis avant le test physique.

☐ Je consens explicitement au traitement des informations de santé nécessaires à la préparation et à la sécurisation de mon bilan.

Date : ____ / ____ / ____	Signature :
---------------------------	-------------