

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

NOM : Prénom :

Genre : M F

Date de naissance : / /

Poids (kg) :

Taille (cm) :

Adresse :

Téléphone :

Mail :@.....

Profession principale :

A la retraite : Oui Non

Si oui, depuis combien de temps ?

Dans votre quotidien, rencontrez-vous des freins à la pratique d'une activité physique : situation familiale, moyen de transport, isolement social, autres activités, ... ?

Avez-vous déjà pratiqué un ou plusieurs sports ou activité physique ? Oui Non

Si oui, veuillez les citer :

Quelles sont les raisons qui vous ont amené à vous orienter vers la Maison Sport Santé ?

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce formulaire