



Physical Fitness and Lifestyle Program Intake Form

Formulaire d'inscription au programme de condition physique et de mode de vie

SECTION A: Client Particulars | Renseignements sur le client

Full Name | Nom complet: _____ Date: _____

Rank | Grade: _____ Trade | Corps de métier: _____ Age | Âge: ____ Gender | Genre: _____

Height | Taille (cm): _____ Weight | Poids (kg): _____

Phone | Téléphone: _____ Email | Courriel: _____

What is you perceived overall level of fitness | Veuillez déterminer votre condition physique Générale
(Select one | veuillez sélectionner une réponse): **Low / Faible** _____ **Moderate / Modérée** _____ **High** _____

SECTION B: Lifestyle Questionnaire | Questionnaire sur le mode de vie

Muscular Strengthening Physical Activity Activité de renforcement musculaire	In a week, how many times do you do muscle strengthening activities (such as resistance training or very heavy yard work)? Combien de fois effectuez-vous des activités de renforcement musculaire par semaine (tel que l'entraînement en résistance ou des travaux extérieurs intensifs)?	
Sedentary Behaviour Comportements sédentaires	In a day, how many hours do you spend in continuous sitting (desk, car, meetings, tv, computer)? Combien d'heures par jour passez-vous en position assise continue (bureau, voiture, réunions, télévision, ordinateur)?	
	When sitting for prolonged periods (one hour or more), how often do you take a break to stand and move around? Lorsque vous êtes assis pour des périodes prolongées (une heure et plus), combien de fois prenez-vous une pause pour vous lever et vous dégourdir?	
Nutrition and Lifestyle Alimentation et mode de vie	How many meals do you have a day? Combien de repas prenez-vous par jour?	
Sleep and Recovery Sommeil et récupération	How many hours of sleep do you get a night? Combien d'heures dormez-vous par nuit?	
Goals Objectifs Goals should be SMART les objectifs doivent être SMART : <i>Specific / Spécifique</i> <i>Measurable / Mesurable</i> <i>Attainable / Atteignable</i> <i>Realistic / Réaliste</i> <i>Time Frame for Completion / Temporel</i>	<u>Overall Goal</u> (i.e. Meet standard on SF Operator Physical Fitness Screening Evaluation in October) <u>Specific Goal</u> (i.e. Increase pull-ups from 4 reps to 7, and increase 20-meter Shuttle Run from stage 7 to 9 by September) <u>Objectif global</u> (par exemple, satisfaire aux normes de l'évaluation préalable de condition physique de spécialiste d'une force spéciale [S FS] en octobre) <u>Objectif précis</u> (par exemple, accroître le nombre de répétitions de traction de quatre à sept et accroître l'étape de la course-Navette de sept à neuf d'ici septembre)	

Current or previous injuries | Blessures actuelles ou antérieures : _____

Email completed form | Envoyer le formulaire rempli par courriel : **+Borden Fitness**

Assigned Instructor: _____



Date: _____

L'activité physique améliore la santé physique et mentale. Même en petite quantité, l'activité physique fait du bien, et plus on en fait, mieux c'est.

Pour presque tout le monde, les bienfaits de l'activité physique surpassent largement les risques. Toutefois, pour certaines personnes, il est recommandé d'obtenir les conseils d'un professionnel de l'exercice qualifié (PEQ – détient un diplôme d'études postsecondaires en science de l'exercice et une certification avancée dans ce domaine – consultez scpe.ca/certifications) ou d'un professionnel de la santé. Ce questionnaire s'adresse aux personnes de tous âges et a pour objectif de les aider à cheminer vers un mode de vie plus actif.

Je réponds à ce questionnaire pour moi-même.

Je réponds à ce questionnaire pour mon enfant/une personne à charge en tant que parent/tuteur.

 OUI	 NON	<h2>PRÉPAREZ-VOUS À MENER UNE VIE PLUS ACTIVE</h2> <p>Les questions suivantes permettront de confirmer que vous pouvez pratiquer une activité physique en toute sécurité. Veuillez répondre OUI ou NON à chacune des questions <u>avant</u> de mener une vie plus active. Si vous ne savez pas exactement quoi répondre, choisissez OUI.</p>
●	●	<p>1 Avez-vous vécu <u>N'IMPORTE LAQUELLE</u> des situations suivantes (A à F) au cours des six derniers mois?</p> <p>A Diagnostic ou traitement relativement à une maladie du cœur ou à un AVC, ou douleur/malaise/pression au niveau de la poitrine en pratiquant vos activités de la vie quotidienne ou une activité physique?</p>
●	●	<p>B Diagnostic ou traitement relativement à une hypertension artérielle ou à une tension artérielle au repos de 160/90 mm de Hg ou plus?</p>
●	●	<p>C Vertiges ou étourdissements durant l'activité physique?</p>
●	●	<p>D Essoufflement au repos?</p>
●	●	<p>E Perte de conscience/évanouissement pour quelque raison que ce soit?</p>
●	●	<p>F Commotion?</p>
●	●	<p>2 Présentez-vous actuellement de la douleur ou une enflure à n'importe quelle partie de votre corps (p. ex. blessure, poussée aiguë d'arthrite ou douleur au dos) qui nuit à votre capacité de mener une vie active?</p>
●	●	<p>3 Un professionnel de la santé vous a-t-il recommandé d'éviter ou de modifier certains types d'activité physique?</p>
●	●	<p>4 Avez-vous tout autre problème médical ou physique (p. ex. diabète, cancer, ostéoporose, asthme, lésion médullaire) qui pourrait nuire à votre capacité de mener une vie active?</p>
<p>..... ➔ NON à toutes les questions : allez à la page 2 – ÉVALUEZ VOTRE NIVEAU D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ACTUEL</p>	 ➔
<p>OUI à au moins une question : allez au document de référence – CONSEILS SI VOUS AVEZ RÉPONDU OUI À AU MOINS UNE QUESTION</p>	 ➔➔

ÉVALUEZ VOTRE NIVEAU D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ACTUEL

Répondez aux questions suivantes pour évaluer votre niveau d'activité physique actuel.

- 1 Au cours d'une semaine typique, combien de jours pratiquez-vous une activité physique aérobie d'intensité moyenne à élevée (p. ex. marche rapide, cyclisme ou jogging)? JOURS/SEMAINE
 - 2 Les journées où vous faites de l'activité physique aérobie d'intensité au moins moyenne (par exemple marche rapide), pendant combien de minutes pratiquez-vous cette activité? MINUTES/JOUR
- Si vous êtes un adulte, multipliez le nombre moyen de jours par semaine par le nombre moyen de minutes par jour. MINUTES/SEMAINE

Les *Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures* recommandent la pratique d'au moins 150 minutes par semaine d'activité physique d'intensité moyenne à élevée chez les adultes. Pour les enfants et les jeunes, on recommande au moins 60 minutes par jour. Il est également recommandé de pratiquer des activités pour renforcer les muscles et les os au moins deux fois par semaine pour les adultes, et trois fois par semaine pour les enfants et les jeunes (voir scoe.ca/directives).



CONSEILS GÉNÉRAUX POUR MENER UNE VIE PLUS ACTIVE

Augmentez graduellement votre niveau d'activité physique afin que votre expérience demeure positive. Intégrez des activités physiques qui vous plaisent à votre journée (p. ex. marcher avec un ami ou une amie, se rendre au travail ou à l'école à vélo) et réduisez vos comportements sédentaires (p. ex. périodes prolongées passées en position assise).

Si vous voulez pratiquer une **activité physique d'intensité élevée** (p. ex. une activité physique à une intensité à laquelle il est difficile de maintenir une conversation) et que vous n'atteignez pas les recommandations minimales en matière d'activité physique mentionnées ci-dessus, consultez un professionnel de l'exercice qualifié (PEQ) avant de vous y mettre. Cela permettra de confirmer que votre activité physique est sécuritaire et convient à votre situation.

L'activité physique est aussi une partie importante d'une grossesse en santé.



Attendez avant de mener une vie plus active si vous ne vous sentez pas bien en raison d'une maladie temporaire.

DÉCLARATION

Au meilleur de mes connaissances, tous les renseignements que j'ai fournis dans ce questionnaire sont exacts.
Si des changements surviennent à mon état de santé, je remplirai le questionnaire à nouveau.

J'ai répondu **NON** à toutes les questions de la page 1

J'ai répondu **OUI** à au moins une question de la page 1

Signez et datez la déclaration ci-dessous

Cochez la case ci-dessous qui s'applique à vous :

- J'ai consulté un professionnel de la santé ou un professionnel de l'exercice qualifié (PEQ) qui m'a recommandé de mener une vie plus active.
- Je suis à l'aise à l'idée de mener une vie plus active sans consulter un professionnel de la santé ou un PEQ.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom (en caractères d'imprimerie) + nom du parent/tuteur, le cas échéant	Signature (ou signature du parent/tuteur, le cas échéant)	Date de naissance
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date	Courriel (optionnel)	Téléphone (optionnel)

Avec de la planification et du soutien, vous pouvez profiter des bienfaits d'une vie plus active. Un PEQ peut vous aider.

- Cochez cette case si vous souhaitez consulter un PEQ afin de mener une vie plus active.
(Vos réponses à ce questionnaire aideront le PEQ à apprendre à vous connaître et à comprendre vos besoins.)