

KANEHSATAKE CROSSFIT

NOM	
TELEPHONE #	
ADRESSE	
EMAIL	
HAUTEUR	
POIDS	
DATE DE NAISSANCE	
OCCUPATION	

OBJECTIF	
HEURE PREFERÉ	MATIN/SOIR HEURE SPECIFIC:
CAFÉ/JOURS	
BOISSONS ALCOOLISEES/JOURS	
BOUTEILLES D'EAU/JOUR BOISSONS GAZEUSE/JOUR	
RESTAURANT/SEMAINE	
BLESSURES? SI OUI, DÉCRIRE DOULEUR 1 TO 10	
ACCIDENTS?	
TREATMENTS/PHYSIO?	
RESTRICTIONS	
EST-CE QUE TU FUMES?	
HISTOIRE MEDICALE	

MÉDECIN PRESCRIT / SUPPLÉMENTS	
EXERCICE PRÉCÉDENT RÉGIME	
HEURES DE SOMMEIL / QUALITE	
TENSION ARTÉRIELLE	HAUTE/FAIBLE/NORMAL
Seriez-vous intéressé par les services de nutrition?	