SCHEDA CLIENTE - PERSONAL TRAINING

DATI PERSONALI

Nome e cognome: **Data di nascita:**

Telefono: **Email:**

Professione: **Orario preferito:**

OBIETTIVI E MOTIVAZIONE

Obiettivo principale:

Tempi previsti: **Livello di impegno (1-10):**

Esperienza:

ANAMNESI E INFORTUNI

Infortuni attuali o passati:

Farmaci in uso:

Condizioni mediche rilevanti:

Limitazioni di movimento:

QUESTIONARIO DI SALUTE PRIMA DELL'ESERCIZIO

Il medico ti ha mai parlato di un problema cardiaco?	Sì [ ] No [ ]
Senti dolore al petto quando fai attività fisica?	Sì [ ] No [ ]
Hai mai perso l'equilibrio o i sensi per un capogiro?	Sì [ ] No [ ]
Hai problemi ossei o articolari che l'esercizio può peggiorare?	Sì [ ] No [ ]
Prendi farmaci per la pressione o per il cuore?	Sì [ ] No [ ]
Conosci altri motivi per cui non dovresti fare esercizio?	Sì [ ] No [ ]

MISURE INIZIALI

Peso (kg): **Altezza (cm):** **BMI:**

Vita (cm): **Fianchi (cm):** **% Grasso:**

Data: **Firma del cliente:**