FICHA DO CLIENTE - PERSONAL TRAINER

DADOS PESSOAIS

Nome completo: **Data de nascimento:**

Telefone: **E-mail:**

Profissão: **Horário preferido:**

OBJETIVOS E MOTIVAÇÃO

Objetivo principal:

Prazo estimado: **Nível de comprometimento (1-10):**

Experiência prévia:

HISTÓRICO MÉDICO E LESÕES

Lesões atuais ou passadas:

Medicação atual:

Condições médicas relevantes:

Limitações de movimento:

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE ANTES DO EXERCÍCIO

Algum médico já disse que você tem problema cardíaco?	Sim [ ] Não [ ]
Você sente dor no peito ao praticar atividade física?	Sim [ ] Não [ ]
Você já perdeu a consciência ou o equilíbrio por tontura?	Sim [ ] Não [ ]
Tem algum problema ósseo ou articular que o exercício possa piorar?	Sim [ ] Não [ ]
Toma medicação para pressão arterial ou coração?	Sim [ ] Não [ ]
Conhece algum outro motivo pelo qual não deveria se exercitar?	Sim [ ] Não [ ]

MEDIDAS INICIAIS

Peso (kg): **Altura (cm):** **IMC:**

Cintura (cm): **Quadril (cm):** **% Gordura:**

Data: **Assinatura:**