

Etat civil:

Nom, Prénoms:

Adresse:

Téléphone:

E-mail:

Date de naissance:

Personne de contact (à appeler en cas d'urgence):

Information médicale:

Taille:

Poids:

IMC:

ALD:

Trouble(s) associés à l'ALD:

Trouble(s) autres :

Médecin traitant :

Nom et prénom:

Adresse:

Téléphone:

Mail:

Votre Projet sportif :

1) Avez-vous une idée de l'activité physique que vous souhaitez pratiquer (exemple: aquagym, marche nordique, pilates, yoga, tennis santé etc...) ou souhaitez-vous être accompagné(e) dans le choix de votre activité sportive ?

2) Votre niveau de motivation de 1 à 10 (entourer la valeur) (10 étant la valeur max)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3) Pratiquez-vous déjà une activité physique ? Si oui, laquelle et à quelle fréquence ?

Notoriété:

Comment avez-vous connu le dispositif Moselle Mouv' ? (via votre médecin ? internet ? réseaux sociaux ? votre entourage ?)