



➔ Ce qui me préoccupe...

Automne	Hiver	Printemps	Été
<input type="checkbox"/> ma condition physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> mon alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> mon apparence physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> mon poids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ma force	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> mes loisirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> mes amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> mes relations amoureuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> mes résultats scolaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➔ Mes goûts...

J'aime les sports individuels
 les sports collectifs
 les activités de plein air
 le conditionnement physique


Je n'aime pas les activités physiques parce que

Je manque d'intérêt

Je n'ai pas assez d'habiletés

Je n'aime pas mon image corporelle


Autres _____



➔ À part les cours d'éducation physique, je pratique une activité...

Automne	Hiver	Printemps	Été
<input type="checkbox"/> très rarement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1 ou 2 fois par semaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 3 fois par semaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 4 fois et plus par semaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> tous les jours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Combien d'heures de télé ou de jeux vidéo?
 _____ heures par jour.




➔ Ma condition physique est...

Automne	Hiver	Printemps	Été
<input type="checkbox"/> excellente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> satisfaisante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> à améliorer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> médiocre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➔ Mon poids est...


Automne	Hiver	Printemps	Été
<input type="checkbox"/> correct	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> insuffisant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> trop élevé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



SANTÉ MENTALE ET ÉMOTIONNELLE

➔ Que fais-tu pour te changer les idées?

Automne	Hiver	Printemps	Été
<input type="checkbox"/> techniques de relaxation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> lire un livre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> faire une activité physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> activité multimédia (télé...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> faire une sortie culturelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> je n'ai pas de moyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



➔ Sommeil

Quand tu te couches, tu t'endors rapidement :

Automne	Hiver	Printemps	Été
<input type="checkbox"/> toujours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> souvent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> rarement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

As-tu de la difficulté à te lever le matin?

Automne	Hiver	Printemps	Été
<input type="checkbox"/> toujours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> souvent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> rarement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je dors _____ heures par nuit.

➔ Te considères-tu comme une personne stressée?

	OUI	NON
Automne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hiver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Printemps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Été	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➔ Généralement, arrives-tu à te concentrer facilement?

Automne	Hiver	Printemps	Été
<input type="checkbox"/> toujours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> souvent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> rarement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


SANTÉ SOCIALE

➔ Je prends part à mes activités...

Automne	Hiver	Printemps	Été
<input type="checkbox"/> avec des groupes organisés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> avec mes parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> avec mes frères et sœurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> avec mes amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> seul(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Présentement, quelle importance accordes-tu à ta santé?

C'est très important
 Plus ou moins important
 Peu important



➔ De façon générale

	OUI	NON
Manges-tu suffisamment de fruits et légumes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommes-tu 5 à 6 repas par jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumes-tu la cigarette?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prends-tu ou as-tu déjà pris de la drogue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prends-tu de l'alcool?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu des projets d'avenir? Lequel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Combien de fois par semaine manges-tu de la restauration rapide (fast food)? _____ fois		

À partir des données recueillies au sujet de tes habitudes de vie, choisis-en une que tu aimerais changer ou améliorer.
 Inscris ton choix : _____

Portrait de ma condition physique

☛ Mon corps			Interprétation des résultats
Automne	Hiver	Printemps	
Ma taille : _____ m _____ cm	_____ m _____ cm	_____ m _____ cm	
Mon poids : _____ kg	_____ kg	_____ kg	
IMC : _____	IMC : _____	IMC : _____	
Zone : _____	Zone : _____	Zone : _____	



☛ Interprétation des résultats

1 : Excellent

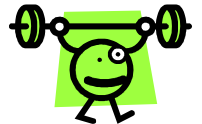
2 : Très bien

3 : Bien

4 : Acceptable


5 : À améliorer

☛ Test d'endurance musculaire à rythme imposé (Léger Boucher)		
Automne	Hiver	Printemps
Redressements assis Nombre : _____ Résultat : _____	Redressements assis Nombre : _____ Résultat : _____	Redressements assis Nombre : _____ Résultat : _____
Extension des bras Nombre : _____ Résultat : _____	Extension des bras Nombre : _____ Résultat : _____	Extension des bras Nombre : _____ Résultat : _____
Saut longueur Nombre : _____ Résultat : _____	Saut en longueur Nombre : _____ Résultat : _____	Saut en longueur Nombre : _____ Résultat : _____



☛ Test Navette (20 mètres) ou 2400 m ou 1.6 km ou Cooper		
Automne	Hiver	Printemps
Nombre de Paliers / Tours _____ ou Temps : _____	Nombre de Paliers / Tours _____ ou Temps : _____	Nombre de Paliers / Tours _____ ou Temps : _____
Niveau : _____	Niveau : _____	Niveau : _____



☛ Test Gym en forme								
	Résultat	Niveau		Résultat	Niveau		Résultat	Niveau
								
Automne			Hiver			Printemps		
Saut en longueur	_____	_____	Saut en longueur	_____	_____	Saut en longueur	_____	_____
Redressements assis	_____	_____	Redressements assis	_____	_____	Redressement assis	_____	_____
Course de 50 m	_____	_____	Course de 50 m	_____	_____	Course de 50 m	_____	_____
Course navette	_____	_____	Course navette	_____	_____	Course navette	_____	_____
Extension des bras	_____	_____	Extension des bras	_____	_____	Extension des bras	_____	_____
Course d'endurance	_____	_____	Course d'endurance	_____	_____	Course d'endurance	_____	_____
Saut verticale	_____	_____	Saut verticale	_____	_____	Saut verticale	_____	_____
Flexion du tronc	_____	_____	Flexion du tronc	_____	_____	Flexion du tronc	_____	_____
Test de la chaise	_____	_____	Test de la chaise	_____	_____	Test de la chaise	_____	_____
Préhension des mains	_____	_____	Préhension des mains	_____	_____	Préhension des mains	_____	_____
Niveau : _____			Niveau : _____			Niveau : _____		
1-Métabolisme de base : _____ cal			2- Niveau d'act.phys. : _____			3- Dép total/jr : _____ cal		
* 1 / 2 = 3 séd : 1.35			aib.act. : 1.55 act. : 1.75			T. act. : 1.95		

1-femmes: A= 2.67*âge B = 401.5*taille (m) C= 8.6 *poids (kg)

MB = 247- A + B + C

2-Hommes : A= 3.8*âge B=456.4*taille (m) C= 10.12* poids (kg)

MB = 293 - A + B + C