

Nom :

Prénom :

Date du jour :

Quelle est votre profession ou niveau d'étude actuel			
Si vous êtes étudiante, êtes-vous en période d'examens ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	

**Quelle est votre discipline sportive principale ?**

Quel est votre niveau de pratique ?	International <input type="checkbox"/>	National <input type="checkbox"/>	Régional <input type="checkbox"/>	Départemental <input type="checkbox"/>	Loisirs <input type="checkbox"/>
Combien d'heures d'entraînement effectuées ce dernier mois ?					
Combien d'heures effectuées cette dernière semaine dans la discipline principale ?					
Combien d'heures effectuées cette dernière semaine hors de cette discipline principale ?					
Nombre de compétitions dans le mois qui précède (en journées de compétition) :					

**Si vous pratiquez d'autres disciplines sportives, citez-les ?**

Y a-t-il eu au cours du dernier mois, un événement important ayant perturbé votre vie personnelle ou familiale ?	<input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous arrêté votre entraînement pour maladie ou blessure ?	<input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous effectué un stage récent en altitude (dans les derniers 15 jours) ?	<input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous été privée de sommeil dans la dernière semaine (décalage horaire ou autres raison) ?	<input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Prenez-vous un traitement actuellement ?	<input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Si oui, lequel ?		

Et pour les athlètes féminines : avez-vous un trouble des règles ?	<input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
--	--------------------------	------------------------------

**Mettre une croix pour se situer entre ces deux extrêmes :**

**Mon Niveau de Performance est :**

Mauvais < -----> Excellent

**Je me fatigue :**

Plus lentement < -----> Plus rapidement

**Je récupère de mon état de fatigue :**

Plus vite < -----> Plus lentement

**Je me sens :**

Très détendu(e) < -----> Très anxieux

**J'ai la sensation que ma force musculaire a :**

Augmenté < -----> Diminué

**J'ai la sensation que mon endurance a :**

Augmenté < -----> Diminué

**Ce dernier mois :**

1	Mon niveau de performance sportive/mon état de forme a diminué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Je ne soutiens pas autant mon attention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Mes proches estiment que mon comportement a changé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	J'ai une sensation de poids sur la poitrine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	J'ai une sensation de palpitations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	J'ai une sensation de gorge serrée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	J'ai moins d'appétit qu'avant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Je mange davantage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Je dors moins bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Je somnole et baille dans la journée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Les séances me paraissent trop rapprochées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Mon désir a diminué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Je fais de contre-performances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Je m'enrhume fréquemment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	J'ai des problèmes de mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Je grossis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Je me sens souvent fatigué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Je me sens en état d'infériorité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	J'ai des crampes, douleurs musculaires fréquentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	J'ai plus souvent mal à la tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Je manque d'entrain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	J'ai parfois des malaises ou des étourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Je me confie moins facilement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Je suis souvent patraque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	J'ai plus souvent mal à la gorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Je me sens nerveux, tendu, inquiet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Je supporte moins bien mon entraînement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Mon cœur bat plus vite qu'avant au repos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Mon cœur bat plus vite qu'avant à l'effort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Je suis souvent mal fichu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Je me fatigue plus facilement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	J'ai souvent des troubles digestifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	J'ai envie de rester au lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	J'ai moins confiance en moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Je me blesse facilement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	J'ai plus de mal à rassembler mes idées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	J'ai plus de mal à me concentrer dans mon activité sportive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	Mes gestes sportifs sont moins précis, moins habiles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	J'ai perdu de la force, du punch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	J'ai l'impression de n'avoir personne de proche à qui parler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	Je dors plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	Je tousse plus souvent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	Je prends moins de plaisir à mon activité sportive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	Je prends moins de plaisir à mes loisirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	Je m'irrite plus facilement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46	J'ai une baisse de rendement dans mon activité scolaire ou professionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	Mon entourage trouve que je deviens moins agréable à vivre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	Les séances sportives me paraissent trop difficiles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49	C'est ma faute si je réussis moins bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50	J'ai les jambes lourdes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51	J'égare plus facilement les objets (clés, etc..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52	Je suis pessimiste, j'ai des idées noires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53	Je maigris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54	Je me sens moins motivé, j'ai moins de volonté, moins de ténacité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>