



# ANKIETA

Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię \_\_\_\_\_

Wiem o SNG z \_\_\_\_\_

Pierwsza wizyta w SNG? Tak  Nie

Czy posiadasz kartę członkowską SNG? Tak  Nie  Jeśli tak, od kiedy \_\_\_\_\_

Jeśli nie trenujesz w SNG to czy trenujesz w innym klubie Tak  Nie  Jeśli tak, od kiedy \_\_\_\_\_

Preferowany typ treningu /sportu \_\_\_\_\_

## Cele/zainteresowania

Utrata wagi  Zwiększenie siły  Zwiększenie wytrzymałości  Poprawa proporcji ciała  Zwiększenie energii

Budowa masy mięśniowej  Szczupła sylwetka  Zwiększenie sprawności fizycznej  Redukcja stresu  Zdrowy tryb życia

Kulturystyka  Rehabilitacja  Trening indywidualny  Ogólnorozwojówka  Inne

**Cele kontroli wagi** Obecna waga \_\_\_\_\_ Waga docelowa \_\_\_\_\_

Pożądana utrata wagi \_\_\_\_\_ Ostatnio zrzucana waga \_\_\_\_\_

Rozmiar ubrania/talii \_\_\_\_\_ Pożądan rozmiar ubrania/talii \_\_\_\_\_

Główny powód przyrostu wagi \_\_\_\_\_

Poprzednie próby odchudzania \_\_\_\_\_

Osiągnięte wyniki \_\_\_\_\_

## Cele 6-miesięcznego treningu kształtowania sylwetki

**Ręce** Korekta  Odchudzanie  Wzmocnienie  **Talia** Korekta  Odchudzanie  Wzmocnienie

**Tułów** Korekta  Odchudzanie  Wzmocnienie  **Biodra** Korekta  Odchudzanie  Wzmocnienie

**Nogi** Korekta  Odchudzanie  Wzmocnienie  **Plecy** Korekta  Odchudzanie  Wzmocnienie

**Ramiona** Korekta  Odchudzanie  Wzmocnienie

**Historia ćwiczeń** Obecnie ćwiczę Tak  Nie  Ile razy w tyg. \_\_\_\_\_ Długość treningu \_\_\_\_\_ min.

**Poprzednie ćwiczenia** \_\_\_\_\_

**Obecna kondycja fizyczna** Słaba 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bardzo dobra 10

**Dzienna aktywność** Zatrudnienie Aktywny  Siedzący  Aktywność na zewnątrz, rekreacja \_\_\_\_\_

### Problemy zdrowotne

<b>Cięnienie krwi</b>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	<b>Problemy z kolanem</b>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	<b>Artretyzm</b>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
<b>Problemy z sercem</b>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	<b>Problemy z ramionami</b>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	<b>Zmęczenie</b>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
<b>Cukrzyca</b>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	<b>Niepokój/stres</b>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	<b>Napięcie mięśni</b>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
<b>Problemy z kręgosłupem</b>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Jeśli tak, podaj szczegóły _____					
<b>Inne problemy</b>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Jeśli tak, podaj szczegóły _____					
<b>Przyjmowane leki</b> _____								

Bardzo niezdrowa

Bardzo zdrowa

**Dieta**      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

### Nawyki

<b>Trzy posiłki dziennie</b>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	_____ dni/tydzień	<b>Papierosy</b>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	_____ sztuk/dzień
<b>Fast food</b>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	_____ dni/tydzień	<b>Przekąski</b>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	_____ dni/tydzień
<b>Alkohol</b>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	_____ dni/tydzień	<b>Napoje</b>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	_____ szklanek/dzień
<b>Posiłki w restauracjach</b>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	_____ dni/tydzień	<b>Oglądanie TV</b>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	_____ h/tydzień
<b>Kawa</b>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	_____ filiżanek/dzień	<b>8 h snu/dzień</b>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	_____ dni/tydzień

### Rekomendacje dla osiągnięcia najlepszych rezultatów

**Długość treningu**    20 min.     30 min.     40 min.     60 min.     90 min.

**Treningi/tydzień:**    1    2    3    4    5      **Czy to jest osiągalne?**    Tak     Nie

**Rekomendowany program**    Ćwiczenia kardio     Trening odpornościowy     Wolne ciężary     Trening funkcjonalny

\_\_\_\_\_

**6-dniowy trening personalny**    Tak     Nie       **Rekomendowane grupy zaawansowania** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Uwagi

**Adres** \_\_\_\_\_

**Tel.** \_\_\_\_\_

**E-mail** \_\_\_\_\_