



Imię i Nazwisko:

Wiem o SNG z:

Poprzednia wizyta w SNG: Tak Nie Gość Członek

Poprzednia wizyta w SNG gość/grupa: Kiedy: Pełna opłata/ceny:

Byłem członkiem SNG: Tak Nie Kiedy: Szczegóły (zajęcia, programy, rezultaty):
.....
.....

Poprzednio treningi na siłowni/fitness: Tak Nie Gdzie: Kiedy:

Szczegóły (zajęcia, programy, rezultaty):
.....
.....

GŁÓWNE CELE/ZAINTERESOWANIA:

Zrzucenie wagi Nabrać formy Wzmocnienie Rozbudować mięśnie Pływanie Squash Zajęcia Relaks

Cele kontroli wagi: Obecna waga: Waga docelowa:

Pożądana utrata wagi: Ostatnio zrzucona waga:

Rozmiar ubrania/talii: Pożądaný rozmiar ubrania/talii:

Główny powód przyrostu wagi:

Poprzednie próby odchudzania:

Osiągnięte wyniki:

INNE CELE/ZAINTERESOWANIA:

Utrata wagi: Zwiększenie siły: Zwiększenie wytrzymałości: Stracić centymetry: Zwiększenie energii:

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

Kulturystyka: Rehabilitacja: Trening indywidualny: Sport specyficzny: Wzmocnić się:

CELE 6-MIESIĘCZNEGO TRENINGU KSZTAŁTOWANIA SYLWETKI:

Ręce Budowa: Odchudzanie: Wzmocnienie: **Talia** Budowa: Odchudzanie: Wzmocnienie:

Tułów Budowa: Odchudzanie: Wzmocnienie: **Biodra** Budowa: Odchudzanie: Wzmocnienie:

Nogi Budowa: Odchudzanie: Wzmocnienie: **Płecy** Budowa: Odchudzanie: Wzmocnienie:

Ramiona Budowa: 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 — 10 Bardzo dobra

Dzienna aktywność: Zatrudnienie: Aktywny Siedzący

Aktywność na zewnątrz, rekreacja:

HISTORIA MEDYCZNA

Ciśnienie krwi Tak Nie Problemy z kolanem Tak Nie Artretyzm Tak Nie

Problemy z sercem Tak Nie Problemy z ramionami Tak Nie Zmęczenie Tak Nie

Cukrzyca Tak Nie Niepokój/stres Tak Nie Napięcie mięśni Tak Nie

Problemy z kręgosłupem Tak Nie Jeśli tak, podaj szczegóły:

Inne problemy Tak Nie Jeśli tak, podaj szczegóły:

Przyjmowane leki

DIETA

Niezdrowa 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10 Bardzo zdrowa

NAWYKI

Trzy posiłki dziennie Tak Nie dni/tydzień Papierosy Tak Nie sztuk/dzień

Fast food Tak Nie dni/tydzień Przekąski Tak Nie dni/tydzień

Alkohol Tak Nie dni/tydzień Napoje Tak Nie szklanek/dzień

Posiłki w restauracjach Tak Nie dni/tydzień Oglądanie TV Tak Nie h/tydzień

Kawa Tak Nie filiżanek/dzień 8 h snu/dzień Tak Nie 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

E-mail: Adres:

Tel: