Questionnaire

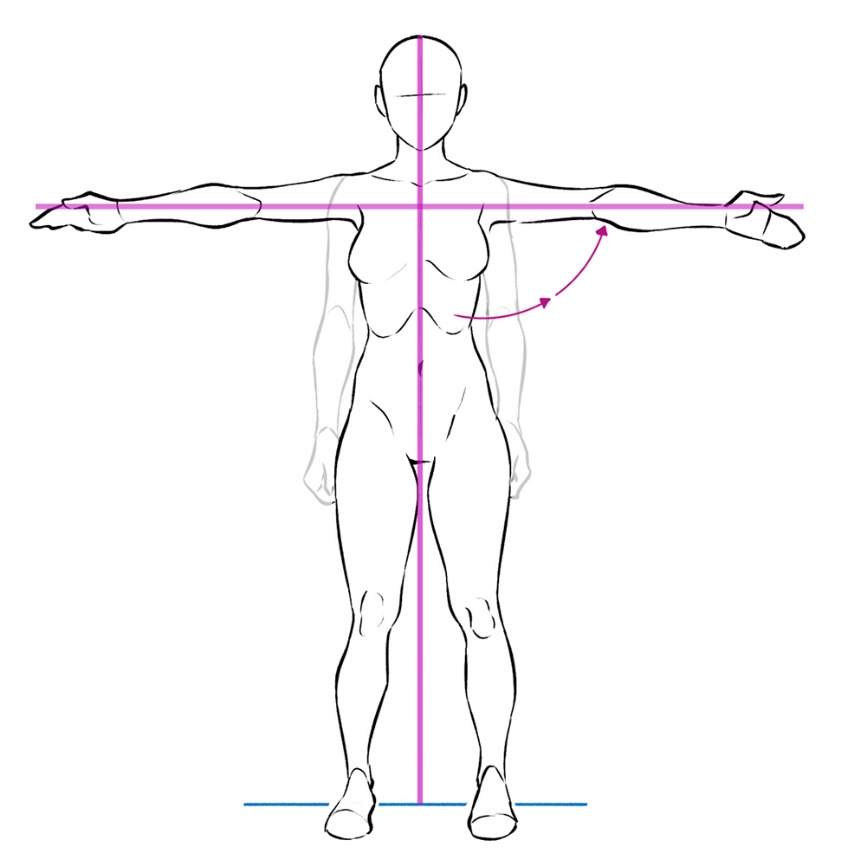
Bulle Sportive

Nom :

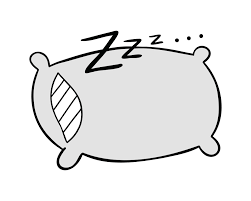
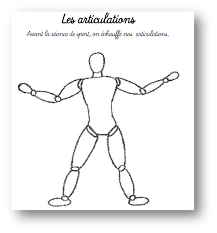
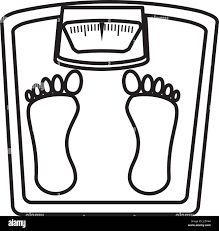
Prénom :

Age :

1. Entourez les zones du corps où vous avez des douleurs ou des tensions :



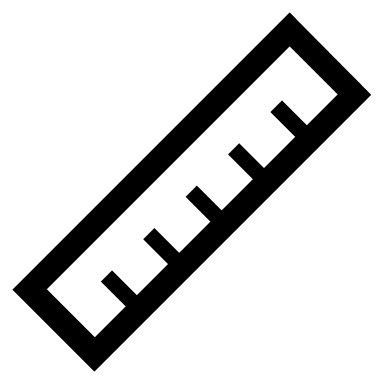
1. Avez-vous des troubles :

articulaires

Sommeil articulaires poids maux digestifs

Autres :

1. Sur une échelle de 1 à 10, à combien évaluez-vous votre condition physique ? 

(entourez la réponse qui vous convient 1 très médiocre - 10 hyper bonne)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1. Quel rapport avez-vous avec le sport ?

🞎Une bouffée d’oxygène

🞎un effort

🞎une contrainte

🞎 un moment de « douleur obligatoire »

🞎un exutoire pour se vider de sa surcharge mentale

🞎 un temps pour soi

🞎 une libération des tensions corporelles

🞎 autre :

1. Qu’attendez-vous des séances « Bulle Sportive » ?

Merci d’avoir répondu à ce petit questionnaire 😊