



DATI PERSONALI

Nome	
Cognome	
Data di Nascita	

ESPERIENZE SPORTIVE PASSATE

Sport / Attività	
Agonista/Dilettante	
Attività Giornaliera (attivo/sedentario)	

OBIETTIVO

Scopo	
--------------	--

INFORMAZIONI MEDICHE

Note Mediche/Patologie pregresse o in atto	
Allergie	
SONNO (continuo, intermittente, difficoltà ad addormentarsi)	
Cure in corso :Assunzione: Farmaci, Integratori, prodotti Erboristeria	
FAMILIARITA': Diabete - Iperglicemia - Tiroide - altro	
CICLO MESTRUALE: regolare, irregolare, assenta(amenorrea), ritardo(oligomenorrea)	

LUOGO DI ALLENAMENTO

- GYM CENTER
- BOX CROSSFIT
- HOME
- CALISTHENICS AREA
- PUBLIC PARK

ATTREZZATURA DI ALLENAMENTO

- KETTLEBELL
- TRX
- BARBELL (Bilancere)
- BARBELL (Olympic)
- DUMBELLS (Manubri)
- MEDIC BALL (Palla Medica)
- BOSU
- PLIOMETRIC TABLE
- BOX JUMP
- BAR (Sbarra Trazioni)
- DIP BAR (Sbarre tricipiti)
- RINGS (Anelli)
- SANDBAG (Sacca Zavorrata)
- BULGARIAN BAG (Sacca Zavorrata mezzaluna in pelle)
- CLABS (Clava)
- WALL BALL (Palla Medica Morbida)
- ROPE CLIMB (Corda Arrampicata)
- BATTLE ROPE (Fune pesante)
- JUMP ROPE (Corda Salti)
- BENCH (Panca)
- VEST (Gilet Zavorrato)

TRAINING

N. Allenamenti settimanali	
Tempo stimato per seduta allen.	

NUTRITION

Intolleranze	
Allergie	
Diete PASSATE: SI / NO	
Scopo/Obiettivo	
Richieste particolari: alimenti NON GRADITI	
Richieste particolari: alimenti GRADITI	

GIORNATA ALIMENTARE TIPO

Colazione	
Spuntino 1 (11:00)	
Pranzo	
Spuntino 2 (16:30)	
Cena	
Spuntino 3 (se fatto)	

PROTOCOLLO ALIMENTARE

- COMPLETO (ONNIVORO)**
- VEGETARIANO (MANGIO SOLO DERIVATI ANIMALI)**
- VEGANO (NON MANGIO DERIVATI ANIMALI)**
- CELIACO**

INFORMAZIONI PERSONALI (Dati & Misure)

- Peso (kg)** _____
- Altezza (cm)** _____
- Età** _____
- Tipologia di lavoro: turnista, sedentario o molto attivo (es. muratore, agricoltore)** _____
- Stile di vita (attività giornaliera)** _____

GENERE

- Uomo**
- Donna**
- Altro**

MISURE (cm)

- Girovita (da rilevare 1 cm sopra ombellico)** _____
- Avambraccio (ove il diametro è maggiore)** _____
- Polso** _____
- Coscia (subito sotto i glutei)** _____
- Fianchi (ove il diametro è maggiore)** _____
- Braccio (a metà della lunghezza del braccio)** _____
- Torace/Petto (Altezza dei capezzoli)** _____

IL TUO INDIRIZZO EMAIL : _____