**Nom : ………………………………………………………… Prénom : …………………………………………………………………..**

**Age : …………………….. Latéralité :** *Gaucher / Droitier*

**Poste occupé : ……………………………………………………………………………………..**

**Pratique de la musculation** : *Jamais / De temps en temps / Souvent*

**Pratique autre(s) sport(s) :** *OUI / NON* **……………………………………………………………………………………**

**Allergie(s) déclarée(s) : …………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Antécédent(s) Traumatologiques**

*(Enoncé les blessures anciennes et récurrentes et entouré les sur le squelette)*

*…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…..*

**