**IDENTIFICATION**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Discipline : |       | Date de naissance : |       |
| Nom : |       | Prénom : |       |

**VOLUME D’ENTRAÎNEMENT**

|  |
| --- |
| Veuillez indiquer les volumes de vos entraînements en moyenne durant la dernière année.Durant une semaine type quel est votre volume d’activité physique (incluant les activités en dehors de votre discipline sportive) ? |
| **Jour de la semaine** | **Intensité** (ex. % FCmax, charge, vitesse, perception de l’effort…) | **Fréquence et durée** *(ex. : 2 sessions de 15 minutes)* | **Type d’activité** *(ex : musculation en salle, courir à l’extérieur, pratique d’escrime, vélo pour se rendre à l’école…)* |
| **Lundi** |       |       |       |
| **Mardi** |       |       |       |
| **Mercredi** |       |       |       |
| **Jeudi** |       |       |       |
| **Vendredi** |       |       |       |
| **Samedi** |       |       |       |
| **Dimanche** |       |       |       |

**QUESTIONNAIRE SUR LE SOMMEIL**

Répondez en fonction du dernier mois

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **#** | **Questions** | **Veuillez cocher votre réponse.** |
| 1 | Avez-vous de la difficulté à vous réveiller le matin? | Oui [ ]  | Parfois [ ]  | Non [ ]  |
| 2 | Est-ce que vous vous sentez réveillé à l’école ? | Oui [ ]  | Parfois [ ]  | Non [ ]  |
| 3 | Est-ce que vous vous sentez fatigué durant la journée  | Oui [ ]  | Parfois [ ]  | Non [ ]  |
| 4 | Est-ce que vous baillez durant la journée ? | Oui [ ]  | Parfois [ ]  | Non [ ]  |
| 5 | Vous sentez-vous immédiatement complètement réveillé quand vous vous réveillez ? | Oui [ ]  | Parfois [ ]  | Non [ ]  |
| 6 | Je dors souvent plus longtemps que prévu le matin (es. Rester coucher même si vous savez que vous devez vous lever) ? | Oui [ ]  | Parfois [ ]  | Non [ ]  |
| 7 | À midi, je me sens autant énergisé qu’au réveil le matin | Oui [ ]  | Parfois [ ]  | Non [ ]  |
| 8 | Quand je suis à l’école, après un certain temps j’ai de la difficulté à garder mes yeux ouverts. | Oui [ ]  | Parfois [ ]  | Non [ ]  |
| 9 | Est-ce que des personnes de votre entourage pensent que vous réagissez agressivement lorsqu’elle vous demande quelque chose ou vous parle ? | Oui [ ]  | Parfois [ ]  | Non [ ]  |
| 10 | Quand je n’ai pas assez dormi, je vais souvent provoquer une dispute | Non, ce n’est pas vrai pour moi [ ]  | Oui, c’est vrai pour moi parfois [ ]  | Oui, c’est souvent vrai pour moi [ ]  |
| 11 | Avez-vous assez d’énergie durant la journée pour faire tout ce que vous désirez faire ? | Oui [ ]  | Parfois [ ]  | Non [ ]  |
| 12 | Je suis actif/active durant la journée | Oui [ ]  | Parfois [ ]  | Non [ ]  |
| 13 | Je lutte pour rester éveillé durant la journée | Oui [ ]  | Parfois [ ]  | Non [ ]  |
| 14 | Est-ce que des personnes de votre entourage pensent que vous semblez irrité ou contrarié ? | Oui [ ]  | Parfois [ ]  | Non [ ]  |
| 15 | Je n’ai pas le goût d’aller à l’école parce que je suis trop fatigué | Jamais [ ]  | Arrive une fois par semaine [ ]  | Arrive plus de deux fois par semaine [ ]  |
| 16 | Je me sens alerte à l’école | Oui [ ]  | Parfois [ ]  | Non [ ]  |
| 17 | Je suis une personne qui ne dort pas assez | Oui [ ]  | Parfois [ ]  | Non [ ]  |
| 18 | J’aimerais dormir plus longtemps | Non, je dors assez [ ]  | Non, j’aimerais dormir moins longtemps [ ]  | Oui, j’aimerais dormir plus longtemps [ ]  |
| 19 | Des personnes de mon entourage pensent que je suis facilement irritable | Oui [ ]  | Parfois [ ]  | Non [ ]  |
| 20 | Croyez-vous que votre comportement soit désagréable envers vos parents ou vos amis sans raison ? | Oui [ ]  | Parfois [ ]  | Non [ ]  |
| 21 | Je n’arrive pas à m’endormir en moins de 30 min | Jamais durant le dernier mois [ ]  | Moins d’une fois semaine [ ]  | Une ou deux fois semaine [ ]  | Trois fois ou plus par semaine [ ]  |
| 22 | Je me réveille durant la nuit | Jamais durant le dernier mois [ ]  | Moins d’une fois semaine [ ]  | Une ou deux fois semaine [ ]  | Trois fois ou plus par semaine [ ]  |
| 23 | Autre raison qui m’empêche de dormir :       | Jamais durant le dernier mois [ ]  | Moins d’une fois semaine [ ]  | Une ou deux fois semaine [ ]  | Trois fois ou plus par semaine [ ]  |
| 24 | Heure habituelle du coucher : |       |
| 25 | En moyenne, combien vous a-t-il fallu de temps pour vous endormir (en minutes): |       |
| 26 | Heure habituelle de lever :  |       |
| 27 | Habituellement, combien d’heures de sommeil (ou vous êtes endormi) avez-vous chaque nuit ? : |       |

**QUESTIONNAIRE FANTASTIC MODIFIÉ**

|  |
| --- |
| **Famille et amis** |
| J’ai quelqu’un à qui je peux parler de choses importantes | Pratiquement jamais [ ]  | Rarement[ ]  | Parfois[ ]  | Assez souvent[ ]  | Toujours[ ]  |
| Je reçois et donne de l’affection | Pratiquement jamais [ ]  | Rarement[ ]  | Parfois[ ]  | Assez souvent[ ]  | Toujours[ ]  |
| **Nutrition** |
| J’ai une diète équilibrée | Pratiquement jamais [ ]  | Rarement[ ]  | Parfois[ ]  | Assez souvent[ ]  | Toujours[ ]  |
| Je mange souvent trop de 1) sucre, 2) sel, 3) gras animal, 4) junk food (fast food) | Toutes ces réponses[ ]  | 3/4[ ]  | 2/4[ ]  | 1/4[ ]  | Aucune de ces réponses[ ]  |
| J’ai l’impression d’être au-dessus de mon poids santé | Bien au-delà[ ]  | Au moins 10 lb au-dessus [ ]  | Un peu[ ]  | Je suis à mon poids santé [ ]  | Je suis en dessous du poids santé [ ]  |
| **Tabac et consommation** |
| Je fume, consomme de l’alcool ou de la drogue | Régulièrement[ ]  |  | Parfois[ ]  |  | Jamais[ ]  |
| Je prends de la médication au-delà de ce qui est prescrit | Quotidiennement[ ]  | Assez souvent[ ]  | Rarement[ ]  | Occasionnellement[ ]  | Jamais[ ]  |
| Je bois du café, des boissons énergisantes, du thé et/ou du cola | Quotidiennement[ ]  | Assez souvent[ ]  | Rarement[ ]  | Occasionnellement[ ]  | Jamais[ ]  |

|  |
| --- |
| **Sécurité** |
| J’ai une pratique sécuritaire lors de mes déplacements sur la route (à pieds, à vélo…) | Pratiquement jamais [ ]  | Rarement[ ]  | Parfois[ ]  | Assez souvent[ ]  | Toujours[ ]  |
| Je suis capable de faire face au stress dans ma vie | Pratiquement jamais [ ]  | Rarement[ ]  | Parfois[ ]  | Assez souvent[ ]  | Toujours[ ]  |
| J’ai une pratique sécuritaire durant mes entraînements et compétition | Pratiquement jamais [ ]  | Rarement[ ]  | Parfois[ ]  | Assez souvent[ ]  | Toujours[ ]  |
| **Type de comportement** |
| Je dois toujours me dépêcher | Pratiquement jamais [ ]  | Rarement[ ]  | Parfois[ ]  | Assez souvent[ ]  | Toujours[ ]  |
| Je me sens frustré ou agressif | Pratiquement jamais [ ]  | Rarement[ ]  | Parfois[ ]  | Assez souvent[ ]  | Toujours[ ]  |
| **Humeur (insight)** |
| J’ai une attitude positive | Pratiquement jamais [ ]  | Rarement[ ]  | Parfois[ ]  | Assez souvent[ ]  | Toujours[ ]  |
| Je me sens tendu | Pratiquement jamais [ ]  | Rarement[ ]  | Parfois[ ]  | Assez souvent[ ]  | Toujours[ ]  |
| Je me sens déprimé | Pratiquement jamais [ ]  | Rarement[ ]  | Parfois[ ]  | Assez souvent[ ]  | Toujours[ ]  |
| **Carrière** |
| Je suis satisfait dans mesétudes/ à l’école | Pratiquement jamais [ ]  | Rarement[ ]  | Parfois[ ]  | Assez souvent[ ]  | Toujours[ ]  |