



Nom, Prénom :

Date de Naissance :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

✚ De combien de mois êtes-vous enceinte ?

Nombre d'enfants :

✚ Avez-vous déjà fait du yoga :      Oui                  Non

Si oui à quel niveau :      débutant                  intermédiaire                  expert

✚ Pratiquez-vous une activité sportive ? Si oui, laquelle ?

.....

✚ Avez-vous des douleurs particulières ou gênes depuis la grossesse : .....

.....

✚ Avez-vous des pathologies ou douleurs en dehors de la grossesse : .....

.....

✚ Avez-vous un traitement en cours ? .....

Fait à : .....

Le.....

Signature :