

|             |  |
|-------------|--|
| Nom         |  |
| Prénom      |  |
| Date. Nais. |  |
| Discipline  |  |

| QUESTIONNAIRE DE SURENTRAINEMENT |   | OUI | NON |
|----------------------------------|---|-----|-----|
| 1                                | Ce dernier mois mon niveau de performance sportive ou mon état de forme a diminué |     |     |
| 2                                | Je fais de contre-performances  |     |     |
| 3                                | Je me sens en état d'infériorité  |     |     |
| 4                                | Mes gestes sont moins précis, moins habiles                                       |     |     |
| 5                                | J'ai des crampes, courbatures, douleurs musculaires fréquentes                    |     |     |
| 6                                | Je prends moins plaisir à mon activité sportive                                   |     |     |
| 7                                | Les séances me paraissent trop rapprochées  |     |     |
| 8                                | Je supporte moins bien mon entraînement, les séances sont difficiles              |     |     |
| 9                                | Je me fatigue plus facilement, j'ai parfois des malaises ou des étourdissements   |     |     |
| 10                               | Je me blesse facilement   |     |     |
| 11                               | Mon cœur bat plus vite qu'avant au repos  |     |     |
| 12                               | J'ai moins confiance en moi, et je m'irrite plus facilement                       |     |     |
| 13                               | J'ai les jambes lourdes   |     |     |
| 14                               | J'ai plus de mal à me concentrer dans mon activité sportive                       |     |     |
| 15                               | Je me sens moins motivé, j'ai moins de volonté, moins de ténacité                 |     |     |
| 16                               | J'ai une baisse de rendement dans mon activité scolaire ou professionnelle        |     |     |
| 17                               | Je dors moins OU plus qu'avant  |     |     |
| 18                               | Je somnole et bâille dans la journée  |     |     |
| 19                               | Mon désir sexuel a diminué OU j'ai des troubles des règles                        |     |     |
| 20                               | J'ai une sensation de palpitations  |     |     |
| 21                               | J'ai moins d'appétit qu'avant OU je mange davantage                               |     |     |
| 22                               | J'ai une sensation de gorge serrée  |     |     |
| 23                               | Je maigris OU je grossis  |     |     |
| 24                               | J'ai souvent des troubles digestifs   |     |     |
| 25                               | Je suis pessimiste, j'ai des idées noires   |     |     |
| 26                               | Je prends moins de plaisir à mes loisirs  |     |     |
| 27                               | Je me sens nerveux, tendu, inquiet  |     |     |
| 28                               | J'ai plus souvent mal à la gorge  |     |     |
| 29                               | Je m'enrhume fréquemment  |     |     |
| 30                               | Je me sens souvent fatigué  |     |     |
| <b>TOTAL</b>                     |   |     |     |

*Si plus de 12 à 15 oui, argument en faveur d'un état de surentraînement*

Cachet & Signature

Date

14 rue Scandicci – 93508 PANTIN Cedex

Tél. 01 41 83 87 45 –

E-mail : [medical@ffnatation.fr](mailto:medical@ffnatation.fr)

[www.ffnatation.fr](http://www.ffnatation.fr)