

Fiche d'exercices thérapeutiques

Prénom..... Nom.....

Thérapeute :

Date de naissance..... /..... /.....

Date de début..... /..... /.....

Motif(s) :

Date de fin..... /..... /.....

Objectif(s) de la séance :

.....
.....

Exercice n°

.....
.....
.....

Séries	Réps	Poids	Fréquence	Durée	Tempo	Repos
<input type="text"/>						

Instructions spécifiques :

.....
.....
.....

Exercice n°

.....
.....
.....

Séries	Réps	Poids	Fréquence	Durée	Tempo	Repos
<input type="text"/>						

Instructions spécifiques :

.....
.....
.....

Fiche d'exercices thérapeutiques

Exercice n°

Séries	Réps	Poids	Fréquence	Durée	Tempo	Repos
<input type="text"/>						

Instructions spécifiques :

.....

.....

.....

Exercice n°

Séries	Réps	Poids	Fréquence	Durée	Tempo	Repos
<input type="text"/>						

Instructions spécifiques :

.....

.....

.....

Exercice n°

Séries	Réps	Poids	Fréquence	Durée	Tempo	Repos
<input type="text"/>						

Instructions spécifiques :

.....

.....

.....

Fiche d'exercices thérapeutiques

Exercice n°

Séries	Réps	Poids	Fréquence	Durée	Tempo	Repos
<input type="text"/>						

Instructions spécifiques :

.....

.....

.....

Exercice n°

Séries	Réps	Poids	Fréquence	Durée	Tempo	Repos
<input type="text"/>						

Instructions spécifiques :

.....

.....

.....



Critères de suivis de la séance

Séance n° :

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Douleur avant (0 à 10):

<input type="text"/>										
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Motivation (0 à 10):

<input type="text"/>										
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Tension musculaire (0 à 10):

<input type="text"/>										
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Douleur après (0 à 10):

<input type="text"/>										
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

RPE (0 à 10):

<input type="text"/>										
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------