

# استمارة تقييم اللياقة البدنية

## ١ المعلومات الشخصية

الاسم الكامل: \_\_\_\_\_

العمر: \_\_\_\_\_

الطول: \_\_\_\_\_

الوزن الحالي: \_\_\_\_\_

رقم الهاتف: \_\_\_\_\_

البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_

العمل / نوع العمل:  وظيفة مكتبية  عمل بدني  مختلط

متوسط ساعات الجلوس يومياً: \_\_\_\_\_

## ٢ القياسات الجسمانية

قياسات المحيط (سم):

الصدر: \_\_\_\_\_

الخصر: \_\_\_\_\_

الوركين: \_\_\_\_\_

الذراع الأيمن: \_\_\_\_\_

الذراع الأيسر: \_\_\_\_\_

الفخذ الأيمن: \_\_\_\_\_

الفخذ الأيسر: \_\_\_\_\_

الساق: \_\_\_\_\_

تكوين الجسم:

نسبة دهون الجسم (%): \_\_\_\_\_

كتلة العضلات (كجم أو %): \_\_\_\_\_

مؤشر كتلة الجسم (BMI): \_\_\_\_\_

إذا كان لديك تحليل InBody أو مسح جسماني حديث، يرجى إرفاقه.

## ٣ التاريخ التدريبي

هل قمت بالتدريب من قبل؟  نعم  لا

إذا نعم، ما نوع التدريب؟ (الجمباز – الرقص – الكارديو – اليوغا – أخرى)

مدة التدريب: \_\_\_\_\_

آخر مرة قمت بالتدريب: \_\_\_\_\_

كيف تقيم مستواك الحالي؟  مبتدئ  متوسط  متقدم

## ٤ أهداف التدريب

ما هو هدفك الرئيسي؟ (يمكنك اختيار أكثر من واحد)

فقدان الوزن  فقدان الدهون وتنحيف  بناء العضلات  تحسين القوة  اللياقة العامة  إعادة التأهيل  تشكيل الجسم  أخرى: \_\_\_\_\_

الإطار الزمني المرغوب لتحقيق هدفك:  شهر واحد  3 أشهر  6 أشهر  بدون إطار زمني محدد

## ٥ توافر التدريب

كم يوم في الأسبوع يمكنك التدريب؟  6  5  4  3  2

الوقت المتاح لكل جلسة:  30 دقيقة  45 دقيقة  60 دقيقة  أكثر

## ٦ الحالة الصحية

هل تعاني من أي من الحالات التالية؟

ضغط دم مرتفع  سكري  أنيميا  مشاكل في القلب  اضطرابات الغدة الدرقية  مشاكل في التنفس  لا شيء

هل لديك أي إصابات حالية أو سابقة؟

الركبة  الظهر  الرقبة  الكتف  الكاحل  أخرى: \_\_\_\_\_

يرجى وصف الإصابة (متى بدأت - شدتها - هل تحت إشراف طبي أم لا): \_\_\_\_\_

## ٧ نمط الحياة

متوسط ساعات النوم ليلاً:  أقل من 5 ساعات  5-6 ساعات  6-7 ساعات  أكثر

مستوى التوتر:  منخفض  متوسط  مرتفع

كمية الماء المتناولة يومياً:  أقل من 1 لتر  1-2 لتر  أكثر من 2 لتر

## ٨ التغذية

هل تتبع نظاماً غذائياً حالياً؟  نعم  لا

إذا نعم، يرجى تحديد: \_\_\_\_\_

عدد الوجبات يومياً:  1  2  3  أكثر

هل تعاني من:  الرغبة الشديدة في الطعام  فقدان الشهية  الأكل العاطفي

هل لديك أي حساسيات أو عدم تحمل للطعام؟  نعم  لا

إذا نعم، يرجى تحديد: \_\_\_\_\_

قم بتقييم نفسك من 1 إلى 10:

الالتزام: 10□ 9□ 8□ 7□ 6□ 5□ 4□ 3□ 2□ 1□

التحمل: 10□ 9□ 8□ 7□ 6□ 5□ 4□ 3□ 2□ 1□

القوة: 10□ 9□ 8□ 7□ 6□ 5□ 4□ 3□ 2□ 1□

المرونة: 10□ 9□ 8□ 7□ 6□ 5□ 4□ 3□ 2□ 1□

## ١٠ ملاحظات إضافية

---

هل هناك أي شيء ترغب في إبلاغنا به قبل بدء برنامجك؟ (مخاوف - تجارب سابقة - مخاوف - أهداف شخصية - ظروف خاصة)