

Grille de Surentraînement

La liste ci-dessous évoque quelques problèmes rencontrés par beaucoup de sportifs.

Lisez attentivement cette liste et cochez la réponse "OUI" ou "NON" selon votre état actuel. Veuillez répondre à toutes les questions même si elles ne vous semblent pas très adaptées à votre cas. Si vous hésitez, cochez ce qui correspond le mieux à votre état aujourd'hui.

Ce dernier mois mon niveau de performance sportive / mon état de forme a diminué :

OUI NON

Je ne soutiens pas autant mon attention : OUI NON

Mes proches trouvent que mon comportement a changé : OUI NON

J'ai une sensation de poids : sur la poitrine (OUI NON) , de palpitations (OUI NON) , de gorge serrée (OUI NON)

J'ai moins d'appétit qu'avant : OUI NON

Je mange davantage: OUI NON

Je dors moins bien: OUI NON

Je somnole et baille dans la journée : OUI NON

Les séances me paraissent trop rapprochées : OUI NON

Mon désir sexuel a diminué : OUI NON

J'ai des troubles des règles : OUI NON

Je fais des contre-performances : OUI NON

Je m'enrhume fréquemment : OUI NON

Je grossis : OUI NON

J'ai des problèmes de mémoire : OUI NON

Je me sens souvent fatigué : OUI NON

Je me sens en état d'infériorité : OUI NON

J'ai des crampes, courbatures, douleurs musculaires fréquentes : OUI NON

J'ai plus souvent mal à la tête : OUI NON

Je manque d'entrain : OUI NON

J'ai parfois des malaises ou des étourdissements : OUI NON

Je me confie moins facilement : OUI NON

Je suis souvent patraque : OUI NON

J'ai plus souvent mal à la gorge : OUI NON

Je me sens nerveux, tendu, inquiet : OUI NON

Je supporte moins bien mon entraînement : OUI NON

Mon coeur bat plus vite qu'avant : au repos (OUI NON) , à l'effort (OUI NON)

Je suis souvent mal fichu : OUI NON

Je me fatigue plus facilement : OUI NON

J'ai souvent des troubles digestifs : OUI NON
J'ai envie de rester au lit : OUI NON
J'ai moins confiance en moi : OUI NON
Je me blesse facilement : OUI NON
J'ai plus de mal à rassembler mes idées : OUI NON
J'ai plus de mal à me concentrer dans mon activité sportive : OUI NON
Mes gestes sportifs sont moins précis, moins habiles : OUI NON
J'ai perdu de la force, du punch : OUI NON
J'ai l'impression de n'avoir personne de proche à qui parler : OUI NON
Je dors plus : OUI NON
Je tousse plus souvent : OUI NON
Je prends moins de plaisir à mon activité sportive : OUI NON

Je prends moins de plaisir à mes loisirs : OUI NON
Je m'irrite plus facilement : OUI NON
**J'ai une baisse de rendement dans mon activité scolaire ou professionnelle
 OUI NON**
Mon entourage trouve que je deviens moins agréable à vivre : OUI NON
Les séances sportives me paraissent trop difficiles : OUI NON
C'est ma faute si je réussis moins bien : OUI NON
J'ai les jambes lourdes : OUI NON

J'égare plus facilement les objets (clefs, etc...) : OUI NON
Je suis pessimiste, j'ai des idées noires : OUI NON
Je maigris : OUI NON
Je me sens moins motivé, j'ai moins de volonté, moins de ténacité : OUI NON

.....

METTRE UNE CROIX POUR SE SITUER ENTRE CES DEUX EXTREMES:

Mon état physique:
GRANDE FORME _____ **MEFORME**
Je me fatigue
plus LENTEMENT _____ **plus VITE**
Je récupère de mon état de fatigue
plus VITE _____ **plus LENTEMENT**
Je me sens:
TRES DETENDU _____ **TRES ANXIEUX**
J'ai la sensation que ma force musculaire a:
AUGMENTE _____ **DIMINUE**
J'ai la sensation que mon endurance a:
AUGMENTE _____ **DIMINUE**