

PSEUDO : _____

Sexe : H / F

Âge : _____

Etat de santé actuel : _____

JOUR 1 _____ **TEST BOLT** _____ **TEST MBT** _____

Détails des exercices effectués

Utilisation de la bandelette Myotape : OUI / NON

Précisions sur l'utilisation de Myotape (nuit / moment dans la journée / ressentis)

JOUR 2 _____ **TEST BOLT** _____

Détails des exercices effectués

Utilisation de la bandelette Myotape : OUI / NON

Précisions sur l'utilisation de Myotape (nuit / moment dans la journée / ressentis)

JOUR 3 _____ **TEST BOLT** _____

Détails des exercices effectués

Utilisation de la bandelette Myotape : OUI / NON

Précisions sur l'utilisation de Myotape (nuit / moment dans la journée / ressentis)

JOUR 4 _____ **TEST BOLT** _____

Détails des exercices effectués

Utilisation de la bandelette Myotape : OUI / NON

Précisions sur l'utilisation de Myotape (nuit / moment dans la journée / ressentis)

JOUR 5 _____ **TEST BOLT** _____

Détails des exercices effectués

Utilisation de la bandelette Myotape : OUI / NON

Précisions sur l'utilisation de Myotape (nuit / moment dans la journée / ressentis)

JOUR 6 _____ **TEST BOLT** _____

Détails des exercices effectués

Utilisation de la bandelette Myotape : OUI / NON

Précisions sur l'utilisation de Myotape (nuit / moment dans la journée / ressentis)

JOUR 7 _____ **TEST BOLT** _____

Détails des exercices effectués

Utilisation de la bandelette Myotape : OUI / NON

Précisions sur l'utilisation de Myotape (nuit / moment dans la journée / ressentis)

BILAN SEMAINE 1 (progrès réalisés / difficultés rencontrées / commentaires)

JOUR 8 _____ **TEST BOLT** _____ **TEST MBT** _____

Détails des exercices effectués

Utilisation de la bandelette Myotape : OUI / NON

Précisions sur l'utilisation de Myotape (nuit / moment dans la journée / ressentis)

JOUR 9 _____ **TEST BOLT** _____

Détails des exercices effectués

Utilisation de la bandelette Myotape : OUI / NON

Précisions sur l'utilisation de Myotape (nuit / moment dans la journée / ressentis)

JOUR 10 _____ **TEST BOLT** _____

Détails des exercices effectués

Utilisation de la bandelette Myotape : OUI / NON
Précisions sur l'utilisation de Myotape (nuit / moment dans la journée / ressentis)

JOUR 11 _____ **TEST BOLT** _____

Détails des exercices effectués

Utilisation de la bandelette Myotape : OUI / NON
Précisions sur l'utilisation de Myotape (nuit / moment dans la journée / ressentis)

JOUR 12 _____ **TEST BOLT** _____

Détails des exercices effectués

Utilisation de la bandelette Myotape : OUI / NON
Précisions sur l'utilisation de Myotape (nuit / moment dans la journée / ressentis)

JOUR 13 _____ **TEST BOLT** _____

Détails des exercices effectués

Utilisation de la bandelette Myotape : OUI / NON

Précisions sur l'utilisation de Myotape (nuit / moment dans la journée / ressentis)

JOUR 14 _____ **TEST BOLT** _____

Détails des exercices effectués

Utilisation de la bandelette Myotape : OUI / NON

Précisions sur l'utilisation de Myotape (nuit / moment dans la journée / ressentis)

BILAN SEMAINE 2 (progrès réalisés / difficultés rencontrées / commentaires)

JOUR 15 _____ **TEST BOLT** _____ **TEST MBT** _____

Détails des exercices effectués

Utilisation de la bandelette Myotape : OUI / NON

Précisions sur l'utilisation de Myotape (nuit / moment dans la journée / ressentis)

JOUR 16 _____ **TEST BOLT** _____

Détails des exercices effectués

Utilisation de la bandelette Myotape : OUI / NON
Précisions sur l'utilisation de Myotape (nuit / moment dans la journée / ressentis)

JOUR 17 _____ **TEST BOLT** _____

Détails des exercices effectués

Utilisation de la bandelette Myotape : OUI / NON
Précisions sur l'utilisation de Myotape (nuit / moment dans la journée / ressentis)

JOUR 18 _____ **TEST BOLT** _____

Détails des exercices effectués

Utilisation de la bandelette Myotape : OUI / NON
Précisions sur l'utilisation de Myotape (nuit / moment dans la journée / ressentis)

JOUR 19 _____ **TEST BOLT** _____

Détails des exercices effectués

Utilisation de la bandelette Myotape : OUI / NON

Précisions sur l'utilisation de Myotape (nuit / moment dans la journée / ressentis)

JOUR 20 _____ **TEST BOLT** _____

Détails des exercices effectués

Utilisation de la bandelette Myotape : OUI / NON

Précisions sur l'utilisation de Myotape (nuit / moment dans la journée / ressentis)

JOUR 21 _____ **TEST BOLT** _____

Détails des exercices effectués

Utilisation de la bandelette Myotape : OUI / NON

Précisions sur l'utilisation de Myotape (nuit / moment dans la journée / ressentis)

BILAN SEMAINE 3 (progrès réalisés / difficultés rencontrées / commentaires)
