

Grundkrafttest Rumpf

Name / Nom	Test-Datum / Date du test
Vorname / Prénom	Test-Zeit / Heure du test
Geb.datum / Date de naissance	Sportart / Sport
Grösse / Taille	Kader / Cadre
Gewicht / Poids	Tester / Examineur
Sprache / Langue (d, f, i)	

Wieviel Krafttraining für die Rumpfmuskulatur (Bauch/Rücken) absolvierst du wöchentlich? *Combien de minutes par semaine entraînes-tu la musculature du tronc (abdominaux, dorsaux)?*

(durchschnittlich im letzten Jahr, in Min.): _____ Min./Woche / *Moyenne annuelle actuelle:* _____ min/sem.

Leistungsfähigkeit heute	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> eingeschränkt, Grund: _____
<i>Ta forme aujourd'hui</i>	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> limitée, raison: _____

Ventrale Rumpfkette / *Chaîne ventrale du tronc*



Zeit (Min./Sek.) / Temps (min/s): _____

Hauptbelastung / *Charge principale*

- | | |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bauch / <i>Ventre</i> | <input type="checkbox"/> Leiste / <i>Aine</i> |
| <input type="checkbox"/> Rücken / <i>Dos</i> | <input type="checkbox"/> Schultergürtel / <i>Ceinture scapulaire</i> |
| <input type="checkbox"/> anderes / <i>autres:</i> _____ | |

Einstellung / *Réglage:* _____

Bemerkungen / *Remarques:* _____

Laterale Rumpfkette / *Chaîne latérale du tronc*



Zeit (Min./Sek.) / Temps (min/s): _____

Hauptbelastung / *Charge principale*

- | | |
|----------------------------------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Seite-Becken / <i>Côté-Bassin</i> | |
| <input type="checkbox"/> Schultergürtel / <i>Ceinture scapulaire</i> | |
| <input type="checkbox"/> gesamt / <i>partout</i> | |
| <input type="checkbox"/> anderes / <i>autres:</i> _____ | |

Seite/Côté: rechts/droit links/gauche

Einstellung / *Réglage:* _____

Bemerkungen / *Remarques:* _____

Dorsale Rumpfkette / *Chaîne dorsale du tronc*



Zeit (Min./Sek.) / Temps (min/s): _____

Hauptbelastung / *Charge principale*

- | | |
|---------------------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ischios / <i>Ischios</i> | |
| <input type="checkbox"/> Gesäss / <i>Fesses</i> | |
| <input type="checkbox"/> Rücken / <i>Dos</i> | |
| <input type="checkbox"/> anderes / <i>autres:</i> _____ | |

Einstellung / *Réglage:* _____

Bemerkungen / *Remarques:* _____