TEST EVALUATION CONDITION PHYSIQUE

Réalisé à : **Le :**

NOM	Prénom	Age	Sexe	Equilibre sur 1 jambe		Flexion du tronc	Mobilité Scapulo-Humérale	Force de préhension				Debout-assis 30s		Aptitude aérobie	
				Tps	Ind			D	G	Moy	Ind	Reps	Ind	Distance	Ind