Date :	Age :
Nom :	Poids :
Prénom :	Taille :
Adresse :	IMC :
Tel :	Enfants :

- *Votre objectif :* combien de kilos désirez-vous perdre ? □ 0 □ 1 à 3 □ 3 à 5 □ 5 à 10 □ 10 à 20 □ + de 20
- *Avez-vous déjà suivi des régimes ?* □ NON □ OUI lesquels ?.....
- *Souffrez-vous de pathologies particulières ?* □ NON □ OUI lesquelles ?.....
- *Prenez-vous régulièrement des médicaments ?* □ NON □ OUI lesquels ?.....
- *Etes-vous :* □ stressé(e) □ insomniaque □ fatigué(e) □ déprimé(e) □ angoissé(e)
- *Présentez-vous les symptômes suivants ?* □ troubles digestifs □ nausées □ vertiges □ migraines □ bouche pâteuse □ ballonnements □ sensation de pesanteur
- *Etes-vous constipé (e) ?* □ NON □ OUI : occasionnel chronique
- *Avez-vous des allergies ou des intolérances alimentaires ?* □ NON □ OUI : quels aliments ?.....
- *Vivez-vous une situation difficile pour l'instant ?* □ au travail □ chez vous □ avec vos enfants □ avec votre conjoint
- *Combien de petits déjeuners prenez-vous par semaine ?* 1 2 3 4 5 6 7
- *Où prenez-vous votre petit déjeuner ?* □ à la maison □ au travail □ autre
- *Combien de déjeuners prenez-vous par semaine ?* 1 2 3 4 5 6 7
- *Où prenez-vous votre déjeuner ?* □ à la maison □ au travail □ au restaurant □ autre
- *Combien prenez-vous de dîners par semaine ?* 1 2 3 4 5 6 7
- *Où prenez-vous votre dîner ?* □ à la maison □ au restaurant □ autre
- *En moyenne, combien de fois par semaine prenez-vous un repas au restaurant ?* □ jamais □ 1 fois par semaine □ Plus d'une fois par semaine
- *Pour les repas pris chez vous, êtes-vous* □ à table □ devant la télé □ devant l'ordinateur □ autre □ Seul(e) □ en famille
- *Avez-vous l'habitude de consommer des légumes verts (crus et/ou cuits) ?:* □ jamais □ De temps en temps □ Tous les jours □ Plusieurs fois par jour
- *Avez-vous l'habitude de consommer des fruits ?:* □ jamais □ De temps en temps □ Tous les jours : combien ?
- *Pouvez-vous vous passer de dessert et/ou de produits sucrés en général ?* □ OUI □ NON
- *Pratiquez-vous une activité physique ?* □ jamais □ De temps en temps □ Régulièrement : combien de fois par semaine/combien d'heures : ……
- *Comment vous déplacez-vous ?:* □ à pied □ En vélo □ En voiture, moto □ Transport en commun