

FORMULAIRE NUTRITION



NOM :

.....

PRENOM :

.....

DATE DE NAISSANCE :

.....

POIDS ACTUEL : POIDS HABITUEL : TAILLE :

HISTOIRE DU POIDS SI VARIATIONS :

.....

.....

.....

ANTECEDENT DE REGIMES : ☐ OUI ☐ NON SI OUI, PRECISER :

INTOLERANCES ALIMENTAIRES : ☐ OUI ☐ NON SI OUI, PRECISER :

EVICIONS ALIMENTAIRES : ☐ OUI ☐ NON SI OUI, PRECISER :

NOMBRE DE REPAS PRIS PAR JOUR :

COLLATIONS : ☐ OUI ☐ NON

GRIGNOTAGES : ☐ OUI ☐ NON SI OUI, PRECISER :

SAUT DE REPAS : ☐ OUI ☐ NON SI OUI, LE(S)QUEL(S) :

TEMPS PAR REPAS : ☐ + DE 20 MIN ☐ - DE 20 MIN

RELEVÉ ALIMENTAIRE SUR 3 JOURS :

	JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3
MATIN			
MATINEE			
DEJEUNER			
APRES MIDI			
DINER			
SOIREE			