

# Ficha de avaliação - Coach Pessoal

NOME:

ENDEREÇO:

TELEFONE:

E-MAIL:

DATA DE NASCIMENTO: / / IDADE: ALTURA:

## Resultados da avaliação corporal

	RESULTADO	CLASSIFICAÇÃO	/	/	/	/	/
PESO							
IMC							
% GORDURA							
% MASSA MAGRA							
IDADE METABOLICA							
METABOLISMO BASAL							
GORDURA VICERAL							
BUSTO / TORAX							
CINTURA							
BARRIGA							
QUADRIL							

Você está satisfeito com seu peso? ( ) SIM ( ) NÃO

Na sua opinião, quanto você precisa eliminar/ganhar?

Há quanto tempo atrás esteve no seu peso ideal?

O que já tentou ?

Quais as suas dificuldades:

Cite 3 razões para querer eliminar peso agora?  
1. 3.  
2.

Na sua situação atual, o que mais te atrapalha?

De 0 a 10, qual seu compromisso em chegar a seu peso ideal agora? Onde 0 não é importante e 10 é muito importante.  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Que comida você não está disposto a cortar?

O que você gosta que considera saudável e não engorda?

# Ficha de avaliação - Coach Pessoal

## Rotina Nutricional

TRABALHA EM TURNO?:			
É VEGETARIANO?:		É VEGANO?:	TEM INTOLERÂNCIA A LACTOSE?
QUE HORAS ACORDA?			
CAFÉ DA MANHÃ:	:	hs	COME:
LANCHE:	:	hs	COME:
ALMOÇO:	:	hs	COME:
LANCHE:	:	hs	COME:
JANTAR:	:	hs	COME:
CEIA:	:	hs	COME:
BEBIDAS ALCÓLICAS?			

MARQUE COM UM "X" O QUE FOR CORRESPONDENTE:

SONO RUIM DURANTE O DIA		INTESTINO PRESO		DORES NAS PERNAS		GASTRITE		ANSIEDADE		DOR DE CABEÇA	
SONO RUIM		MAL HUMOR		QUEDA DE ENERGIA		CANSAÇO		MAL ESTAR			

### ANOTAÇÕES: