



Questionnaire pour plan alimentaire

Nom du client (e) : _____

Poids actuel : _____ Objectif : _____

Grandeur : _____ Âge : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Adresse courriel : _____ Date : _____

1. Avez-vous des allergies ou intolérances alimentaires? Oui Non

Indiquez lesquels : intolérante au lactose

2. Combien de fois par semaine pratiquez-vous du sport et à quelle intensité?

1 2 3 4 5

intensité : légère Moyenne Élevée (gym)

3. Consommez-vous de l'alcool et si oui combien de verres par semaine?

Oui Non

Nombre de verre par semaine : _____

4. Consommez-vous des produits laitiers et si oui lesquels?

Oui Non

Quels produits laitiers :

5. Quels sont les légumes que vous consommez et que vous aimez?

6. Quels sont les légumes que vous n'aimez pas?

7. Quels sont les fruits que vous consommez et que vous aimez?

8. Quels sont les fruits que vous n'aimez pas?



9. Quels types de protéines consommez-vous? Et lesquels vous préférez?

10. Quels sont les types de protéines que vous n'aimez pas?

11. Consommez-vous des protéines en poudre ou en barre? Lesquels et à quel moment?

12. Consommez-vous des suppléments alimentaires et si oui lesquels?

Oui Non

Suppléments alimentaires consommé :
