QUESTIONNAIRE POIDS

Quel est votre âge ?

Êtes-vous suivi actuellement par un médecin ou consultez-vous un (e) nutritionniste ?

oui non

Cuisinez-vous ?

oui non

Avez-vous des moments de grignotage ?

oui non

Si oui, à quelle(s) heure(s) et suite à quelle(s) circonstance(s)?

Quel est votre poids actuel ?

Quel poids aimeriez-vous atteindre ?

À quel(s) âge(s) de votre vie avez-vous commencé à prendre du poids ?

Y a-t-il des évènements liés à cette prise de poids (événements de vie, traitement, difficultés relationnelles et émotionnelles, etc. Tout a son importance)

Avez-vous déjà réussi à perdre du poids ?

oui non

Si oui, Qu'est-ce qui a fonctionné ? Y a-t-il des événements qui ont contribué à cette perte de poids ?

Votre nom

Votre adresse E-mail

Politique de confidentialité

☐ En soumettant ce formulaire, j'accepte que mes données personnelles soient utilisées pour me recontacter dans le cadre de ma demande indiquée dans ce formulaire. Aucun autre traitement ne sera effectué avec mes informations.