

Nom prénom :

Profession :

Adresse :

Téléphone :

mail :

Âge :

Poids :

Taille :

Raison(s) de la visite : (Pathologie(s) actuelle(s) et/ou symptômes ET traitement en cours)

Antécédents familiaux :

Antécédents médicaux (dates accidents/maladies, soins effectués, traitements) :

Problèmes digestifs :

Problèmes immunitaires :

Problèmes cardio-vasculaires/circulatoires :

Problèmes génito-urinaires, pilule et autres contraceptifs chimique (même passé)? :

Problèmes ostéo-articulaires :

Problèmes cutanés (cheveux, peau, ongles, dents) :

Problèmes respiratoires :

Qualité du transit (fréquence/apparence des selles) :

Problèmes musculaires :

Problèmes nerveux :

Qualité du sommeil :

Vitalité générale :

Addictions, drogues, excitants (alimentaire ou non) :

Activité physique :

Vaccins effectués depuis la naissance (dater) :

Autre éléments que vous souhaitez préciser :

**Tableau alimentaire****A REMPLIR SUR 3 JOURS**

<b>Précisez les horaires</b>	<b>Aliments et boissons</b>	<b>Compléments alimentaires</b>
<b>Petit déjeuner</b>		
<b>Collation</b>		
<b>Déjeuner</b>		
<b>Goûter</b>		

<b>Dîner</b>		
--------------	--	--

Tableau alimentaire

	<b>Aliments et boissons</b>	<b>Compléments alimentaires</b>
<b>Petit déjeuner</b>		
<b>Collation</b>		
<b>Déjeuner</b>		
<b>Goûter</b>		

<b>Dîner</b>		
--------------	--	--

**Tableau alimentaire**

	<b>Aliments et boissons</b>	<b>Compléments alimentaires</b>
<b>Petit déjeuner</b>		
<b>Collation</b>		
<b>Déjeuner</b>		
<b>Goûter</b>		

<b>Dîner</b>		
--------------	--	--

Autres précisions :