



Laurent GRENIER
06 40 60 76 92
direction@forcimes.fr

EVALUATION BIEN-ETRE NUTRITIONNELLE

Notre nutrition, nos choix de vie et notre environnement, impactent notre santé et nos performances !

NOM _____ Prénom _____

Adresse _____

Code Postal _____ Ville _____

Portable ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Mail _____

Né(e) le ____ / ____ / _____ Profession _____

Sport _____ Niveau _____ Pratique ____ h/Sem Objectif _____

IMC ____ (P/T²) IMG ____ (1,2 x IMC)+(0,23 x âge)-(10,83 x Sexe)-5,4 [Sexe : F=0, H=1] PEAU : Normale - Mixte - Grasse
Indice Protéinique Recommandé _____, soit _____ g/jr

DATE / /

EQUILIBRE NUTRITIONNEL AU QUOTIDIEN (en qualité, quantité, diversité et répartition)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mangez-vous toute une variété de fruits (deux par jour) et légumes/crudités colorés (trois par jour) ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mangez-vous trois fois par semaine des poissons gras et autres sources lipidiques (avocat, huile olive, colza, noix, ...) ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mangez-vous régulièrement : volaille, viande rouge, viande maigre, poisson, légumineuses, lait (Labelisées FR) ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Buvez-vous chaque jour la quantité minimale d'eau recommandée (environ 1L pour 40 kg) ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Buvez-vous de l'alcool de manière raisonnée (c'est-à-dire maximum 20 à 30 ml /jour, soit un verre par repas) ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consommez-vous au moins trois produits laitiers ou équivalents par jour (faible MG, origine animale ou végétale) ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consommez-vous principalement des farines d'origine complètes, semi-complètes, plutôt que blanches ?

Oui Non

CYCLE NUTRITIONNEL (Préciser)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Votre petit-déjeuner est-il équilibré et suffisant ? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prenez-vous des compléments alimentaires ? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Votre déjeuner est-il équilibré et suffisant ? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prenez-vous des boissons ou en-cas sucrés en journée ? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Votre dîner est-il équilibré et suffisant ? _____

Oui Non

PRATIQUE NUTRITIONNELLE A L'EFFORT (Préciser)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Boisson à l'effort (électrolytique, glucidique, protéinique) ? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Boisson de récupération après l'effort (protéinique) ? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Barres, gels ou autres ? _____

INCOMMODATIONS ET TROUBLES FONCTIONNELS (entourez si vous le jugez important, les sujets qui peuvent vous concerner)

CARDIO	CUTANE	DEGENERATIF	DIGESTIF/EAU	ENERGIE	HORMONAL	-INFECTIEUX	RESPIRATOIRE
Arythmie	Acné	Articulation	Acidité	Concentration	Agressivité	Angines	Asthme
Cholestérol	Allergies	Blessures	Ballonnements	Energie	Compulsion	Hémorroïde	Bronchites
Circulation	Cheveux	Crampes	Brûlures Estomac	Mémoire	Dépression	Otites	Fumée
Diabète	Eczéma	Rhumatismes	Gluten	Migraine	Ménopause	Reins	Oppression
Œdème	Herpès	OS (arthrose, ostéo)	Lactose Rétention	Sommeil	Règles	Selles	Pneumonie
Tension	Ongles	Yeux	Eau	Stress	Thyroïde	Urinaires	Sinusites

OBJECTIF (Ordre de 1 à 6) : ____ Meilleure Forme ____ Equilibre alimentaire ____ Silhouette ____ Contrôle Poids ____ Prise Poids ____ Prise Musculaire

MOTIVATION (Entourer le niveau estimé) : Pas Motivé(e) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Très motivé(e)

IMPEDANCEMETRIE (Poids = 1 + 2 + 3)

AGE	TAILLE	POIDS	GRAISSE	CORPORELLE	OSSATURE	EAU (F>45 H>50)	M. MUSCULAIRE
cm	cm	kg	%	$\frac{1}{kg}$	$\frac{2}{kg}$	%	$\frac{3}{kg}$
Indice SILHOUETTE	METABOLISME	AGE CORPOREL	Graisse Viscérale	TOUR POITRINE	TOUR TAILLE	TOUR HANCHE	TOUR CUISSE
1Obésité 5Normal 9Athlète	Base Kcal	ans	N (1-6) E (7-12) O (13+)	cm	cm	cm	cm

ECHANGE

RECOMMANDATIONS EVENTUELLES _____



SUIVI BIEN-ETRE

NOM _____

Prénom _____

Date

Date

Date

Date

Date

Date

Date

Heure

Heure

Heure

Heure

Heure

Heure

Heure

Age

Poids

- Masse Graisseuse en %

- Masse Graisseuse en Kg

- Masse Minérale en Kg

- Masse Musculaire en kg

Hydratation % (F 45-60 / H 50-65)

IMC (Normal 18-25 . Sur 26-30 . Obé 30+)

Graisse viscérale (1-6, 7-12, 13+)

Tour de taille

Tour de poitrine

Tour de hanche

Besoin protéinique (g/jr)

Métabolisme de base Kcal

Tension

Indice Silhouette

Age métabolique



SUIVI BIEN-ETRE

NOM _____

Prénom _____

Date

Date

Date

Date

Date

Date

Date

Heure

Heure

Heure

Heure

Heure

Heure

Heure

Age

Poids

- Masse Graisseuse en %

- Masse Graisseuse en Kg

- Masse Minérale en Kg

- Masse Musculaire en kg

Hydratation (F 45-60 % / H 50-65 %)

IMC (Normal 18-25 . Sur 26-30 . Obé 30+)

Graisse viscérale (1-6, 7-12, 13+)

Tour de taille

Tour de poitrine

Tour de hanche

Besoin protéinique (g/jr)

Métabolisme de base Kcal

Tension

Indice Silhouette

Age métabolique