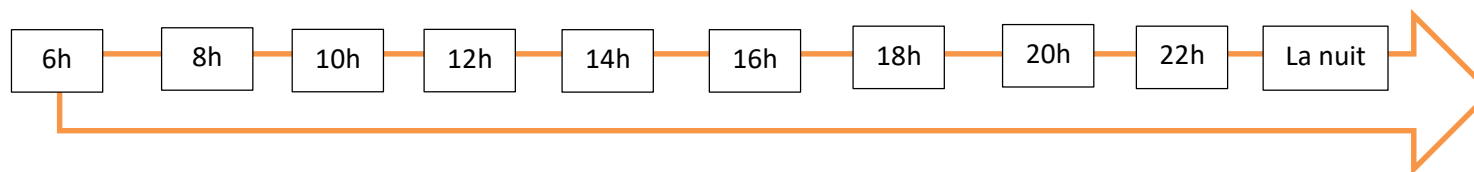


Nous avons tous des habitudes alimentaires différentes. Quelles sont les tiennes ?

Merci de remplir ce questionnaire selon tes habitudes, avec l'aide de tes parents si besoin, ceci nous permettra de te conseiller au mieux lors de la demi-journée d'accueil.

Nom : _____ Prénom : _____ Tel : _____ Journée d'Accueil du : _____

Dans quelles conditions se passent tes repas ? *A quelle heure manges-tu en général ? (fais des croix sur la ligne)*



Où et avec qui prends-tu tes repas ? *(Tu peux cocher plusieurs réponses à chaque fois)*

	Au petit-déjeuner	Au repas de midi	Au goûter	Au dîner
Je ne mange pas				
A la Maison				
A la cantine, au self				
Chez les grands-parents, la nounou				
A l'extérieur				
Devant la TV				
Seul(e)				
Avec ma famille				
Avec mes ami(e)s				

Combien de temps prends-tu pour tes repas ? Le matin : _____ A midi : _____ A 16h : _____ Le soir : _____

Aimes-tu cuisiner ? oui non

Cuisines-tu à la maison ? oui non

Le plat que tu préfères ? _____

Quelle place occupe les aliments dans ta journée ?

Pour chaque famille, coche ce que tu fais dans le tableau ci-dessous :

	Lait, yaourts, petits suisses	Fromage	Desserts lactés, crèmes desserts...	Viande, Poisson, Œuf	Charcuterie	Beignets, nuggets, cordons bleus...	Pain, craquottes, biscottes	Croissants, gâteaux...	Pâtes, pomme de terre, légumes secs, riz
J'en mange tous les jours Si oui précise combien par jour ?									
J'en mange 2 à 3 fois par semaine									
J'en mange 2 à 3 fois par mois									
Je ne peux pas m'en passer									
Je n'aime pas									
J'évite ou je devrais arrêter									

	Frites, chips, gâteaux d'apéritif, salés...	Pizza, friand, kebab	Mayonnaise, crème	Légumes verts en salade ou plat chaud	Fruits frais, compote...	Confiture, miel	Chocolat, barres chocolatées, pâte à tartiner, bonbons	Boissons sucrées	Cidre, bière, panach'
J'en mange tous les jours Si oui précise combien par jour ?									
J'en mange 2 à 3 fois par semaine									
J'en mange 2 à 3 fois par mois									
Je ne peux pas m'en passer									
Je n'aime pas									
J'évite ou je devrais arrêter									

Pour toi qu'est-ce que c'est **avoir FAIM ?**

.....

.....

.....

Pour toi qu'est-ce que c'est **avoir ASSEZ MANGE ?**

.....

.....

.....

Pour toi qu'est-ce que c'est **avoir TROP MANGE ?**

.....

.....

.....

Ta prise en charge :

As-tu déjà bénéficié d'un suivi diététique ? oui non

As-tu déjà essayé de maigrir ? oui non

Si oui à quelle date : Combien de temps :

Crois-tu que ta façon de manger peut jouer sur ton problème de poids ?

OUI beaucoup OUI un peu NON pas du tout

Penses-tu que tu peux changer certaines choses dans ton alimentation ? Si oui, lesquelles ?

.....

.....

.....

.....

.....

Merci de ta collaboration !