

# VOTRE SEMAINIER du 00/00/2013 au 00/00/2013

Nom :

Email :

Poids le 1er jour :  kg

	Jour 1	Jour 2	Jour 3	Jour 4	Jour 5	Jour 6	Jour 7
FAIM : 0 à 4 *							
PETIT DEJEUNER **							
COLLATION ** dans la matinée							
DEJEUNER **							
COLLATION ** du Gouter							
DINER **							
COLLATION ** en soirée							
BOISSONS ***							
AUTRES ****							

SPECIMEN

\* Niveau de faim Indiquez votre envie de manger de 0 à 4 : Pas faim : 0 - Peu faim : 1 - Faim : 2 - Très faim : 3 - Extrêmement faim : 4

\*\* Repas Précisez l'heure et le lieu : Domicile : D - Restaurant : R - Cantine : C - Restauration rapide : RP - Invitation chez des amis : I - Autres : A

\*\*\* Boissons Consignez toutes les boissons ingérées : eau, boissons sucrées, alcoolisées...

\*\*\*\* Autres Notez tout ce qui vous semble important : envie de manger, grignotage, aliments consommés, désordre digestif...