

Nom Prénom

Date de naissance

**Envie d'en dire plus ? Je suis là pour vous accompagner  
Dites-moi tout !**



Nom Prénom

Date de naissance

## Votre Carnet Alimentaire

Du .....

Au .....

1<sup>er</sup> RDV Bilan

Le : .....

A : .....

Sonia VIGNIEU – Micronutritionniste  
Spécialisée Perte de poids difficile, Troubles hormonaux, Sportifs, Enfants  
Omnivore, Végétariens, Végétaliens, Vegans  
Prestations en Entreprises et Associations  
<https://sonianutrition.com>

Bonjour,

Vous avez entre les mains votre carnet alimentaire qui vous permettra de noter chaque jour les différents aliments que vous consommez.

Voici les 7 conseils pour y noter toute votre alimentation avant notre premier rendez-vous de Bilan.

Celui-ci me permettra de vous prescrire une alimentation adaptée et personnalisée à votre vie personnelle et professionnelle, tout en gardant les aliments que vous aimez pour votre plaisir.

Ainsi, mieux il sera rempli, plus votre nouvelle alimentation vous ressemblera !

### 7 CONSEILS POUR VOUS AIDER

1. NE CHANGEZ PAS VOTRE ALIMENTATION parce que vous notez ce que vous mangez. Vous ne tiendrez sur la durée qu'une alimentation qui vous plaît.
2. ECRIVEZ APRÈS CHAQUE REPAS ce que vous avez consommé et non à la fin de la journée, pour ne rien oublier.
3. NOTEZ AVEC PRÉCISION LA NATURE DES ALIMENTS, marques...
4. PRÉCISEZ LA QUANTITÉ D'ALIMENTS QUE VOUS CONSOMMEZ

Si possible, pesez.

Sans peser, précisez au mieux, par exemple, pour le pain : combien de morceaux ou de tranches ? Pour les boissons : nombre de verres... pour l'assiette : chaque aliment représente-t-il le 1/5<sup>ème</sup>, le ¼, le 1/3, la 1/2 de l'assiette ?

5. NOTEZ LES LIEUX OÙ VOUS MANGEZ café, restaurant, boulangerie, fast food, dans l'entreprise, dehors, à la maison, chez des amis, dans la famille...
6. EXPRIMEZ-VOUS ! NOTEZ VOTRE SENSATION DE FAIM ou votre envie de manger. Il s'agit de sensations différentes. La sensation de faim s'exprime par un "vide" à l'estomac et le besoin impérieux de consommer. L'envie de manger est une sensation plus diffuse qui vient de la tête et non du ventre. Il existe d'autres raisons qui peuvent entraîner une consommation excédentaire d'aliments. Je vous propose quelques choix page suivante toutefois vous êtes libre d'en ajouter si vous le souhaitez.
7. CONTINUEZ CET EFFORT PENDANT LES 6 JOURS SUIVANTS. Ces résultats vont me permettre de personnaliser au mieux sur une semaine type votre alimentation et trouver l'équilibre parfait pour aujourd'hui et pour demain.

## Liste des Emotions / Sensations avant de manger :

Je mange/ Je bois par :

Habitude / Faim-soif/ Envie, Plaisir, Gourmandise / Frustration / Ennui /  
Besoin, Nécessité / Autre

Je me sens :

- Calme, comblé(e), détendu(e), serein(e), tranquille ;
- Épanoui(e), heureux(se), satisfait(e) ;
- Désesparé(e), indécis(e) ;
- Abattu(e), cafardeux(se), chagriné(e), découragé(e), déçu(e), démoralisé(e), dépité(e), malheureux(se), triste ;
- Angoissé(e), anxieux(se), apeuré(e), inquiet(e), tendu(e) ;
- Paniqué(e), terrorisé(e) ;
- A bout, agacé(e), amer(e), contrarié(e), crispé(e), en colère, énervé(e), excédé(e), fâché(e), frustré(e), horripilé(e), irrité(e), mécontent(e), remonté(e)
- Enragé(e), furieux(se), dégouté(e), écœuré(e) ;
- A plat, accablé(e), démuni(e), ennuyé(e), épuisé(e), éteint(e), fatigué(e), flagada, hésitant(e), impuissant(e), perdu(e), résigné(e), surmené(e), vidé(e)

## Pour l'Activité Physique :

Évaluez l'intensité de votre effort sur une échelle allant de 1 à 10 :

1 pour une faible intensité, 5 pour une intensité Moyenne, jusqu'à 10 pour une intensité très élevée

Nom Prénom

Date de naissance

Jour de la semaine : .....

Heure et durée	Aliments et boissons	Pourquoi je mange ? Comment je me sens ?

**Activité Physique :** .....

**Heure et durée :** ..... **Intensité ressentie :** (entre 1 et 10) : .....

**Activité Physique :** .....

**Heure et durée :** ..... **Intensité ressentie :** (entre 1 et 10) : .....

Nom Prénom

Date de naissance

Jour de la semaine : .....

<b>Heure et durée</b>	<b>Aliments et boissons</b>	<b>Pourquoi je mange ? Comment je me sens ?</b>

**Activité Physique :** .....

**Heure et durée :** ..... **Intensité ressentie :** (entre 1 et 10) : .....

**Activité Physique :** .....

**Heure et durée :** ..... **Intensité ressentie :** (entre 1 et 10) : .....

Nom Prénom

Date de naissance

Jour de la semaine : .....

Heure et durée	Aliments et boissons	Pourquoi je mange ? Comment je me sens ?

**Activité Physique :** .....

**Heure et durée :** ..... **Intensité ressentie :** (entre 1 et 10) : .....

**Activité Physique :** .....

**Heure et durée :** ..... **Intensité ressentie :** (entre 1 et 10) : .....

Nom Prénom

Date de naissance

Jour de la semaine : .....

Heure et durée	Aliments et boissons	Pourquoi je mange ? Comment je me sens ?

**Activité Physique :** .....

**Heure et durée :** ..... **Intensité ressentie :** (entre 1 et 10) : .....

**Activité Physique :** .....

**Heure et durée :** ..... **Intensité ressentie :** (entre 1 et 10) : .....



Nom Prénom

Date de naissance

Jour de la semaine : .....

Heure et durée	Aliments et boissons	Pourquoi je mange ? Comment je me sens ?

**Activité Physique :** .....

**Heure et durée :** ..... **Intensité ressentie :** (entre 1 et 10) : .....

**Activité Physique :** .....

**Heure et durée :** ..... **Intensité ressentie :** (entre 1 et 10) : .....

Nom Prénom

Date de naissance

Jour de la semaine : .....

<b>Heure et durée</b>	<b>Aliments et boissons</b>	<b>Pourquoi je mange ? Comment je me sens ?</b>

**Activité Physique :** .....

**Heure et durée :** ..... **Intensité ressentie :** (entre 1 et 10) : .....

**Activité Physique :** .....

**Heure et durée :** ..... **Intensité ressentie :** (entre 1 et 10) : .....

Nom Prénom

Date de naissance

Jour de la semaine : .....

Heure et durée	Aliments et boissons	Pourquoi je mange ? Comment je me sens ?

**Activité Physique :** .....

**Heure et durée :** ..... **Intensité ressentie :** (entre 1 et 10) : .....

**Activité Physique :** .....

**Heure et durée :** ..... **Intensité ressentie :** (entre 1 et 10) : .....

Nom Prénom

Date de naissance

Jour de la semaine : .....

Heure et durée	Aliments et boissons	Pourquoi je mange ? Comment je me sens ?

**Activité Physique :** .....

**Heure et durée :** ..... **Intensité ressentie :** (entre 1 et 10) : .....

**Activité Physique :** .....

**Heure et durée :** ..... **Intensité ressentie :** (entre 1 et 10) : .....