

NOM	
PRENOM	
DATE DE NAISSANCE	
LIEU DE NAISSANCE	
ADRESSE	
TEL FIXE	
TEL PORTABLE	
E-MAIL	
PROFESSION Satisfait ou non ?	
SITUATION FAMILIALE Choisie ou non ?	
NOMBRE D'ENFANTS	
POIDS Idéal ou non ?	
PASSIONS/HOBBIES	
VACANCES France ou étranger ?	
ADDICTION Tabac, chocolat, jeux vidéo, travail, ...	
MOTIF 1 <sup>ère</sup> CONSULTATION	
ANTECEDENTS DE SANTE Avec années-repères	
VACCINS Minimum légal ou plus ?	

ALIMENTATION TYPE Petit déjeuner	
ALIMENTATION TYPE Déjeuner	
ALIMENTATION TYPE Diner	
ALIMENTATION TYPE Collations	
BOISSONS	
OBJECTIF avec formulation positive pour TimeWaver	
DATE	