

Questionnaire d'analyse

(Version 4.7.1)

Nom, prénom :	-----
Date de naissance :	-----
Rue :	-----
Code postal, lieu :	-----
Téléphone (pendant la journée) :	-----
Le téléphone portable :	-----
Courrier électronique :	-----
Courriel 2 :	-----
Activité, profession :	-----
Employeur, fonction :	-----
Qui vit avec vous (partenaire, enfants+âge) :	-----
Assurance maladie/complémentaire :	-----
Date actuelle :	-----

Chers Messieurs, chères Madames,

avec ce questionnaire, nous pouvons ...

- reconnaître les causes individuelles de votre surpoids
- évaluer vos risques personnelles de santé et d'accident ainsi que des chances de rétablissement ou d'atténuation
- évaluez votre motivation et vos chances de réussite
- faire les bonnes recommandations et fixer des priorités dans les mesures de perte de poids
- vous accorder une admission de base à un cours de rééquilibrage (cours de groupe ou coaching individuel télé-médical) si vos chances de réussite sont élevées OU
- recommander une alternative, à notre avis plus appropriée
(par exemple: changement de médicament, attente, consultation du médecin de famille, traitement alternatif, traitement parallèle)

Les coûts de cette analyse et de cette consultation personnelles sont à CHF 140.- (sans autre obligation).

Si vous vous inscrivez au cours, ces frais uniques seront supprimés. Vous pouvez indiquer votre préférence à la fin du questionnaire.

Nous vous demandons maintenant de répondre aux questions suivantes avec soin et honnêteté. Vous aurez besoin d'au moins 30 minutes pour le faire.

Nous vous demandons de bien vouloir remplir le questionnaire à l'écran (il peut être téléchargé sur notre site web www.rebalance-group.ch) de sauvegarder le questionnaire rempli sur votre ordinateur et de nous en envoyer une copie par courrier. Vous pouvez également imprimer/ remplir le questionnaire sur papier et l'envoyer par la poste. Vous trouverez l'adresse électronique et l'adresse postale de retour à la fin du questionnaire.

Quelles sont vos attentes concernant la réduction permanente du poids ?

Poids souhaité kg		Poids actuel kg		Hauteur m :	
-------------------	--	-----------------	--	-------------	--

(-10% à -15% du poids actuel est réaliste dans un premier temps et déjà très favorable à la santé)

IMC actuel :		kg/m ²
--------------	--	-------------------

(IMC = poids en kg / taille en m / taille en m, par exemple 120 kg / 1,72 m / 1,72 m = 40, 6 kg/m²)

Avantages attendus de la réduction du poids : (votre motivation)	<input type="checkbox"/> Une meilleure santé (concernant quoi ?):
	(diabète, hypercholestérolémie, hypertension, cancers divers, douleurs dorsales/articulaires, goutte, arthrose, asthme)
	<input type="checkbox"/> Réduction des risques d'accidents (micro-sommeil, blessures sportives, ...)
	<input type="checkbox"/> Meilleur sommeil - moins de ronflements
	<input type="checkbox"/> Bien-être personnel
<input type="checkbox"/> Aspect extérieur (attractivité)	

	<input type="checkbox"/> Économiser sur les futurs coûts de santé (exemple avec 50 ans : économies de 15'000.- de franchise et de rétention de l'assurance maladie pour la durée de vie restante + 18'000.- de prime moyenne moins chère lors d'un possible changement d'assurance complémentaire)
--	---

Quelle est l'importance de la réduction du poids pour vous ? (par exemple, plus important qu'un bijou, un voyage de vacances, une nouvelle voiture)	
---	--

Thérapie conservatrice, uniquement avec un changement de régime alimentaire oui non

Changement de régime avec l'aide de médicaments oui non

Chirurgie du surpoids (chirurgie bariatrique) oui non

Si vous êtes intéressé par une intervention chirurgicale, les conditions suivantes doivent être remplies de la part de la compagnie d'assurance maladie:

Âge: entre 18 et 60 ans
IMC: 35 et plus (à partir de 113 kg, avec une hauteur de 1,80 m)
Maladies d'accompagnement: par exemple, diabète, hypertension artérielle, problèmes articulaires, etc.
Surpoids: depuis au moins 5 ans
une expérience d'alimentation: au moins 2 ans, sous guidance professionnelle

Que pourriez-vous imaginer comme changement de vos habitudes alimentaires tout au long de votre vie ? Qu'est-ce que serait/ne serait plus acceptable?	
--	--

Que ferait votre partenaire de vie (demandez-lui/la) pour vous aider à changer de régime alimentaire tout au long de votre vie ? Qu'est-ce qui serait/ne serait plus acceptable?	
--	--

Êtes-vous prêt à faire plus d'exercice ou de sport ? Combien?	
--	--

Quels sont les passe-temps (hobbies) que vous avez toujours voulu commencer ou approfondir ?	
--	--

Vous sentez-vous discriminé en raison de votre surpoids?

Dans la rue oui non

Au travail oui non

Privé oui non

Autres inconvénients perçus de votre surpoids?	
--	--

Qui dans votre environnement pourrait être intéressé à aborder avec vous le thème de la perte de poids (famille, amis, voisins, connaissances, parents, collègues de travail/club actuels et anciens)?	
--	--

Anamnèse familiale

Qui dans votre famille est en surpoids ?

Père <input type="checkbox"/>	frère <input type="checkbox"/>
Mère <input type="checkbox"/>	Soeur <input type="checkbox"/>
grand-mère paternelle <input type="checkbox"/>	Son <input type="checkbox"/>
grand-père paternel <input type="checkbox"/>	filiale <input type="checkbox"/>
Grand-mère, côté maternel <input type="checkbox"/>	Oncle <input type="checkbox"/>
Grand-père, côté maternel <input type="checkbox"/>	Tatie <input type="checkbox"/>

Les maladies dans la famille ? (veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent) :

Glycémie (diabète sucré), si oui, qui ? Type 1 (déjà enfant) <input type="checkbox"/>		
--	--	--

Type 2 (sucre lié à l'âge)	<input type="checkbox"/>
L'hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	
Crise cardiaque	<input type="checkbox"/>	
AVC attaque cérébrale	<input type="checkbox"/>	
Formation de lipides sanguins (hypercholestérolémie)	<input type="checkbox"/>	
Troubles de l'alimentation (boulimie, anorexie)	<input type="checkbox"/>	
Dépression	<input type="checkbox"/>	
Maladie du cancer	<input type="checkbox"/>	qui quoi ?

Anamnèse personnelle

Développement de votre poids

Étiez-vous déjà en surpoids dans votre enfance

oui non

Étiez-vous déjà en surpoids à l'adolescence

oui non

Quand la prise de poids a-t-elle commencé ?

après la grossesse, le mariage, la ménopause, lors de l'entrée dans la vie active/professionnel, d'un changement d'emploi, d'un divorce, etc.) et pouvez-vous en donner les raisons ?
après une phase de stress émotionnel (divorce, décès, problèmes d'emploi, etc.) ? Si oui, de quel type ?

Souffrez-vous des plaintes suivantes ?

Diabète sucré de type 2 (diabète de l'adulte)

oui non

Essoufflement (dyspnée à l'effort)

oui non

Hypertension (hypertension artérielle)

oui non

Autres maladies cardiovasculaires (infarctus, angine de poitrine)

oui non

Lipides sanguins élevés (dyslipidémie, hypercholestérolémie)

oui non

Augmentation de l'acide urique/goutte

oui non

Thrombose, embolie

oui non

Rétention d'eau (œdème)

oui non

Maladie de reflux (éructations acides)

oui non

Perte incontrôlée d'urine ou de selles (incontinence)

oui non

Mal de dos

oui non

Plaintes sur la hanche

oui non

Problèmes de genoux (gonalgie)

oui non

Plaintes concernant les articulations du pied

oui non

Douleur au talon

oui non

Humeurs dépressives

oui non

Allergies

oui non

Si oui, contre quoi ?

Seulement les femmes : PCO (ovaire polykystique)

oui non

Avez-vous eu des grossesses

oui non

Gain de poids par grossesse ?

Qui est votre médecin de famille ou votre spécialiste traitant en rapport avec les maladies susmentionnées ?

(nom, lieu)

Quelles procédures chirurgicales avez-vous subies jusqu'à présent ?

(Type, année, médecin)	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

Vous fumez ?

oui non

si oui, combien de paquets par jour ?	
si non, avez-vous fumé plus tôt ?	<input type="checkbox"/> oui non <input type="checkbox"/>
si oui, combien de paquets par jour ?	

L'alcool ?

oui non

Si oui, combien par semaine en moyenne ?

Bière		dl/semaine (1 verre équivaut à 2,5 dl)
Vin		dl/semaine (1 verre équivaut à environ 1 dl)
Autres boissons alcoolisées		dl/semaine

D'autres substances créant une dépendance ?

oui non

si oui, lequel ?	
si non, plus tôt ?	<input type="checkbox"/> oui non <input type="checkbox"/>
si oui, quand vous arrêtez-vous, montant avant ?	

Anamnèse des médicaments

(assurez-vous d'énumérer TOUS les médicaments pris régulièrement, par exemple contraception orale = pilule anti-bébé)

Nom	Mg	Pilules, sorbet, poudre, gouttes, ...	Dosage (matin - midi - soir)
par exemple, Cosaar	5 mg	Tablettes	1-0-0
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Anamnèse du mouvement

	Nombre d'heures par jour (h/jour)	
	Pendant la semaine	Pendant le week-end
1ère niveau Sleep
2ème niveau Marche lente, travail de bureau, travaux ménagers légers, tricoter, etc.
3ème niveau Peindre la maison, soulever des objets légers, conduire un camion, tondre la pelouse, nettoyer les vitres, danser, faire de la randonnée, nager, jouer au ping-pong, etc.
4ème niveau Travail physique, travaux de construction, menuiserie, tennis, discothèque, etc.
5ème niveau Travailler dur, couper du bois, porter de lourdes charges, faire du jogging, jouer au football, etc.
Total	= 24 heures	= 24 heures

Anamnèse alimentaire (Que mangez-vous les jours de travail normaux ?)

Petit déjeuner (par exemple : 2 tasses de café avec crème, thé sucré, citron, 2 petits pains, environ 20 g de beurre, 1 cuillère à soupe de confiture, etc.)
Pendant la matinée (par exemple, 1 yaourt aux fruits, 1 fruit, 1 tablette de chocolat, etc.)
Déjeuner (par exemple : menu normal, de préférence avec sauce, avec soupe, sans dessert, au restaurant, à la cantine, 1 seul sandwich, portion (portion restaurant, avec secondes ?, etc.)

Dans l' après-midi (par exemple : biscuits, gâteaux, chocolat, fruits, yaourts, etc.)	-----
Soirée (par exemple : à la maison, plutôt au restaurant, quelque chose de rapide, menu complet, plutôt froid, pain, beurre, fromage, salami, jambon, etc.)	-----
Plus tard , dans la soirée ? (par exemple : chocolat, biscuits, noix, chips, fruits, yaourt, pain, fromage, saucisses, etc.)	-----

Quantité à boire

Moins de 1 litre/jour	<input type="checkbox"/>	En dl par jour
1 à 1,5 litre/jour	<input type="checkbox"/>	Minéral, boissons ZERO
1,5 à 2 litres/jour	<input type="checkbox"/>	thé, café
2 à 2,5 litres/jour	<input type="checkbox"/>	Lait
3 et plus par jour	<input type="checkbox"/>	jus de pomme, jus de fruits
		Boissons sucrées
		Autres :

Informations générales sur vos habitudes alimentaires

- Vous sentez-vous malade parce que vous avez mangé trop ? oui non
- Avez-vous peur de perdre le contrôle de la quantité que vous mangez ? oui non
- Avez-vous récemment perdu plus de 6 kg en 3 mois ? oui non
- Vous jugez-vous trop gros, alors que d'autres vous trouvent trop maigre ? oui non
- L'alimentation et la nutrition dominant-elles votre vie ? oui non
- Avez-vous des tendances douces (sucreries)? oui non
- Avez-vous des envies prémenstruelles ? (femmes uniquement) oui non
- Vous avez des crises de boulimie ? oui non
(ingestion rapide et incontrôlée de très grandes quantités avec le sentiment désagréable qui s'ensuit) ?
- Compensez-vous la frustration, le stress, la tristesse ou la joie par de la nourriture ? oui non
- Pourriez-vous manger constamment sans jamais vous sentir rassasié ? oui non
- Vous arrive-t-il encore de manger le soir après le dîner? oui non
- Faites-vous attention à la consommation de matières grasses pendant la cuisson?
(beurre, huile, crème) oui non
- Vous aimez le beurre aux herbes, les sauces et la mayonnaise ? oui non
- Avez-vous régulièrement quelque chose de pané, frit, gratiné dans votre assiette ? oui non

Quel type de mangeur êtes-vous ?

Trier par priorité (6 = haute priorité à 1 = basse priorité) :

a) Grand Mangeur (Big Eater /Gorger) c'est-à-dire que vous aimez manger bien et abondamment. La sensation naturelle de satiété est déséquilibrée ou complètement absente, elle doit être rééquilibrée.	
b) Mangeur de sucreries c'est-à-dire que vous mangez généralement des quantités normales à table, mais que vous grignotez beaucoup. Le stress et la colère leur font manger beaucoup de sucreries.	
c) Mangeur de graisse	

c'est-à-dire que vous aimez tout ce qui est gras C'est souvent une question d'habitude, qui peut être rompue à petits pas. Des petits pas, car les aliments gras sont particulièrement riches en goût et le palais ne peut s'habituer que lentement à des aliments plus fins et plus légers.	
(d) Grignoteurs (Nibbler/Grazer/Snack Eater) c'est-à-dire que vous mangez plusieurs fois par jour et ce, non pas parce que vous avez faim, mais par convoitise et par habitude. Votre comportement alimentaire n'est pas contrôlé, vous ne remarquez même pas les quantités que vous mangez. Vous n'avez pas le temps de cuisiner et mangent souvent debout ou en passant.	
e) Mangeur de nuit c'est-à-dire que vous vous réveillez la nuit avec une véritable envie. Les arrière-plans sont similaires à ceux du mangeur de sucreries ou du grignoteur.	
f) Mangeur forcé (Binge Eaters) c'est-à-dire que vous souffrez d'attaques de suralimentation, au cours desquelles vous empiffrez de très grandes quantités de nourriture en peu de temps. Ensuite, vous avez une mauvaise conscience et décidez sans succès de ne plus jamais le faire. Vous attendez généralement trop longtemps avec la nourriture, jusqu'à ce que vous avez un énorme appétit de vorace.	

Analyse des processus de nutrition

Qui fait vos courses chez vous:	
Qui fait la cuisine le soir:	
Qui mange avec vous le soir:	
Les préférences alimentaires des autres membres de la famille:	
Où mangez-vous pendant la journée (en semaine):	

À quelle fréquence vous endormez-vous ou vous assouplissez dans les situations suivantes ?

(jamais = 0, rarement = 1, occasionnellement = 2, souvent = 3)

Résultat pathologique avec une valeur totale > 10

Lors de la lecture	
Regardant télévision	
Au théâtre, dans le public	
En tant que passager dans la voiture (< 1h)	
En se couchant dans l'après-midi	
En parlant (en séance)	
Assis, après un repas (sans alcool)	
Lorsque vous conduisez, arrêtez-vous avant le feu rouge	
Total des points :	

Régimes alimentaires et autres programmes de perte de poids

Pour une évaluation correcte de votre problème de poids, il est important de connaître vos régimes alimentaires antérieurs.

	Année	Durée du régime	Quel régime alimentaire ?	Médecin, conseils nutritionnels, surveillance du poids, etc.	Perte de poids (indication du poids initial et final)	Augmentation ultérieure du poids avec le temps	coûts approximatifs
	par exemple 1990	6 mois	Weight watchers	Weight watchers	95 kg => 87 kg, Diminution de 8 kg	10 kg, dans un délai de 9 mois	500 CHF.
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							

Pourquoi ces régimes/programmes n'ont-ils pas fonctionné (ou seulement avec un yoyo) ? Quel étaient les problèmes, le dérangement/insatisfaisant, les complications ?	
--	--

Résumé Causes de l'obésité :

Quelles sont les causes de votre obésité qui ne sont pas influençables?

- Gènes (prédisposition génétique, c'est-à-dire que la suralimentation entraîne le stockage des graisses)
- Croissance de l'âge
- Naissance des enfants
- Arrêt de fumer
- Maladies/accidents
- Autre :

Priorisez les causes influençables suivantes de l'obésité (max. "6" cause importante à min. "1" cause insignifiante) ?

- Nourriture (trop de graisses et de carbone)
- Boissons (boissons sucrées)
- Boissons (alcool)
- Snacking (entre les trois repas principaux)
- Sommeil (trop peu de sommeil en semaine, besoin de rattrapage le week-end)
- Comportement d'achat (trop peu de produits low-fat et low-carb: c'est-à-dire trop peu de poisson/viande/crustacés, de légumes, de soupes, de plats à base d'œufs, de produits laitiers adaptés).
- Régimes (avec effet yoyo)
- Manger sous l'emprise du stress
- Manger sous l'emprise de l'ennui
- Manger sous l'emprise de frustration/tristesse
- Médicaments qui cause peut-être un stockage de plus de l'eau dans le corps
- Peu de connaissances pour cuisiner
- Pas de désir/temps pour cuisiner
- Partenaire de vie/famille difficile à impliquer/motiver
- Les collègues de travail difficiles à impliquer/motiver (boire au lieu de grignoter au travail)
- Drop peu d'exercice

Changement de régime alimentaire

(Condition à partir de janvier 2020 - sous réserve de modifications)

Quel type de cours souhaitez-vous (soins médicaux sur un ou deux ans) ?

- Cours de groupe (140.-/mois pp) - avec échange d'expériences et motivation de groupe avec 5-15 participants (dates fixes)
- Traitement simple ou double (140.-/mois pp) - avec 7-10 sessions personnelles + téléphoniques plus courtes (flexibilité dans le temps + lieu)
- Cours en entreprise (individuel sur demande)
- Questionnaire + Consultation 140.-une fois - analyse de vos causes individuelles du surpoids sur la base de ce questionnaire ainsi qu' une consultation téléphonique sur les options thérapeutiques appropriées et leurs chances/bénéfices pour vous et clarification de vos questions. Si vous participez à un cours de groupe ultérieur ou à un traitement individuel, ces coûts d'analyse seront supprimés.

Font partie du cours de groupe ou du traitement individuel ci-dessus (inclus dans le prix) :

- Préclarification médicale individuelle (questionnaire d'analyse des causes)
- Méthodologie du cours (130 diapositives) basée sur les dernières avancées de la médecine conventionnelle
- Supervision/coaching professionnel par du personnel/médecins formés avec un taux de réussite élevé sur deux ans
- Bulletin mensuel de recettes saisonnières coordonné par e-mail
- à l'exclusion de tout médicament et de toute assistance médicale générale (généralement pris en charge par les compagnies d'assurance maladie)

Je voudrais ramener la durée de 24 à 12 mois. Cela n'est possible que si votre surpoids est < 10 % (c'est-à-dire IMC < 27,8)

Je souhaite suivre le cours, bénéficier d'une consultation individuelle ou d'une réunion d'analyse en français en allemand ou en anglais .

Nom du conjoint / partenaire de vie	
Courriel du conjoint / partenaire de vie	

(Pour des suggestions de menu, que nous nous ferons un plaisir de vous envoyer, ainsi qu'à votre conjoint(e)/partenaire de vie, par courrier électronique tous les mois. L'objectif est de vous faire découvrir ensemble de nouveaux plats favoris - ces suggestions de

recettes sont incluses dans le prix du cours et n'entraînent pas de frais supplémentaires pour le destinataire - la lettre d'information sur les recettes peut être annulée à tout moment)

Pendant les jours de semaine suivants, il m'est en principe possible de suivre un cours du soir :

- Lundi
Mardi
Mercredi
Jeudi
Vendredi
Samedis (pendant la journée)

Pour une consultation téléphonique : quand seriez-vous joignable le plus facilement, sous quel numéro de téléphone?

Quand ?		Numéro de téléphone ?	
---------	--	-----------------------	--

Où souhaitez-vous suivre le cours ? Les cours peuvent être trouvés dans : Berne, Tramelan/Bienne, Baar/Cham, Coire, AndelfingenZH et Zurich, bientôt aussi à Bâle, Winterthour, Schaffhouse, Saint-Gall, Lucerne, Hochdorf, Olten (voir site web).

lieu du cours	
---------------	--

Demande de paiement

- Paiement anticipé avec 2% d'escompte : nous vous enverrons une facture avec le montant total - 2% d'escompte pour paiement dans les 30 jours
 Ordre permanent avec virements mensuels : nous vous envoyons un formulaire que vous pouvez remplir et transmettre à votre banque/bureau de poste.

Un avortement ou une interruption de cours est possible sur demande

dans des cas contraignants (par exemple, déménagement, séjour à l'étranger, grossesse ou en cas de manque de succès de la réduction de poids). Dans le cas contraire, les frais de cours restent dus. Nous vous recommandons donc de ne pas commencer le cours si un tel avortement ou une telle interruption est déjà prévisible aujourd'hui. Les deux premiers mois suivant la signature du contrat sont considérés comme une période d'essai pour faire connaissance avec votre instructeur de cours, respectivement votre groupe. En cas d'annulation dans les deux premiers mois, les documents de cours doivent être renvoyés à Rebalance.

Sans résiliation pendant ces deux mois, la durée du contrat est portée à deux ans. Pendant cette période, le contrat peut également être résilié à tout moment, mais uniquement si le programme ne connaît pas de succès mesurable auprès de vous (poids supérieur au poids initial).

Les canaux d'information

Par quels canaux d'information avez-vous entendu parler de Rebalance et de nos cours ?

(veuillez placer plusieurs croix)

- de Rebalance:** eMailing abonnement recettes, site internet, dépliant, présentation personnelle
- d'un Hôpital:** Magazine pour les patients d'un hôpital Site internet d'un hôpital Dépliant, TV
- Recherche internet:** Google, Bing, par mot-clé :
- Médias sociaux:** Facebook, Instagram, Twitter, WhatsApp, LinkedIn, Xing
- Journaux ou magazine** quotidien/hebdomadaire: le quel :
- TV :** TeleZüri, TalkTäglich, Checkup
- Recommandation** personnelle: d'un médecin, d'un participant, d'un coach der Rebalance - Qui ?

Autre(s) source(s) d'information :

Invitation

Souhaitez-vous inviter d'autres amis/parents/voisins/collègues à assister au cours ensemble ? Si oui, qui ?

Noms des personnes qui vous contactent elles-mêmes	
Noms et adresses électroniques des personnes que vous souhaitez que nous contactions et que nous distribuions les supports de cours	

Remarques générales :	
-----------------------	--

Prochaines étapes :

- Envoyez ce questionnaire d'inscription dûment rempli à christine.heger@rebalance-group.ch
- Ou par courrier à Rebalance, à l'attention de Christine Heger, Sandstrasse 25, 5412 Gebenstorf

Confirmation

En remplissant et en envoyant ce questionnaire d'inscription à l'adresse ci-dessus, vous confirmez que

- § vous demandez et approuvez que Rebalance établisse une relation contractuelle avec vous en cas d'admission réussie à un cours;
- § les informations figurant sur ce questionnaire d'enregistrement sont véridiques, correctes et complètes;
- § vous acceptez que Rebalance traite toutes les informations vous concernant de manière confidentielle et ne les transmette à des tiers (par exemple, des médecins de famille) que s'ils sont obligés de les traiter de manière confidentielle en vertu de leur profession ou de leur contrat avec Rebalance.

Nous vous remercions de remplir ce questionnaire avec soin. Notre bureau d'enregistrement médical le vérifiera tout aussi soigneusement. Nous vous contacterons pour la décision d'admission ou la consultation téléphonique. Si nous ne sommes pas en mesure de vous garantir un taux de réussite élevé à long terme, nous nous permettrons de vous recommander une procédure alternative que nous jugerons plus appropriée.

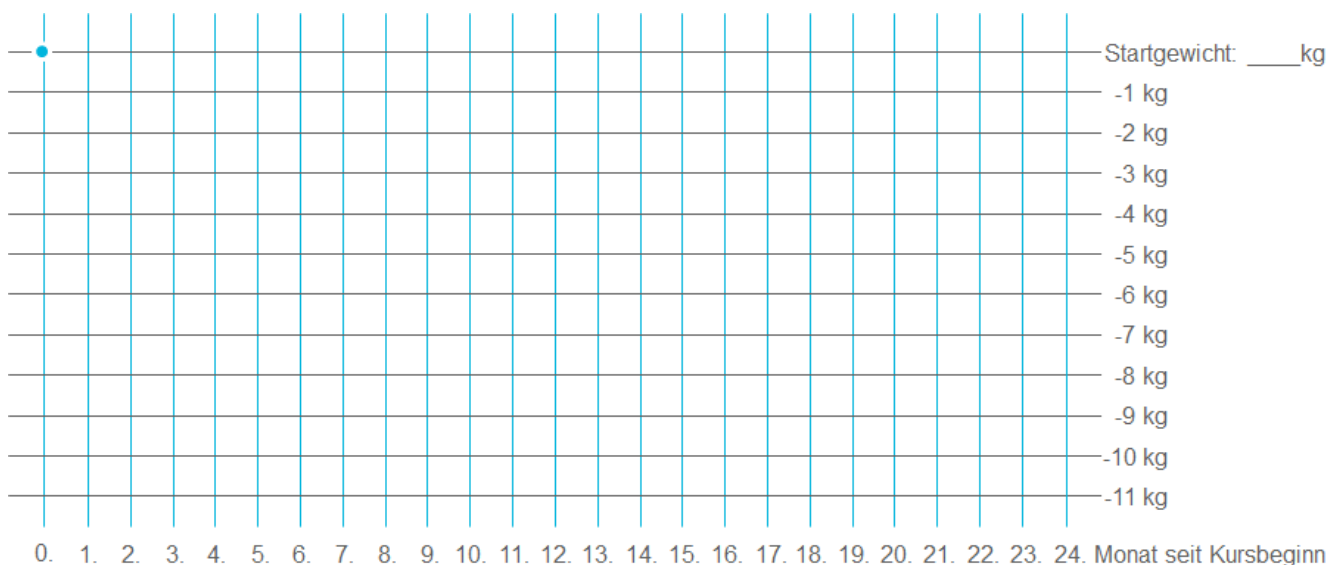
Avec nos meilleures salutations

Votre team de Rebalance

Dr. med. David Infanger, Zurich
Dr. med. Barbara Lampérth, Tramelan
Dr. med. Birgit Mettke-Senf, Berne
Dr. med. Catja Wyler van Laak, Kursleiterin Baar
Dr. med. Charlotte Sadowski, Chur
Dipl. Oecotroph. Sonja Mannhardt, Bâle
Christine Heger, chef de l'administration
Luca Marrer, chef de marketing & communication
Willy Bischofberger, Président

Historique du cours (ne peut être rempli que pendant le cours) :

Courbe de poids



Calendrier des réunions

Date+ Poids	Réussites (développement du poids, 4 règles, sensation, santé, découvertes, environnement, sans abandonner, nouvelles habitudes, accélération, vêtements, mouvement, gérer stress/frustration, ...)	Résolutions (pour les défis)	Prochaine Réunion (avec partenaire ?)
.....	○	○
.....	○	○
.....	○	○
.....	○	○
.....	○	○
.....	○	○
.....	○	○
.....	○	○
.....	○	○