

## SURVEILLANCE MÉDICALE REGLEMENTAIRE 2025 DES SPORTIFS DE HAUT NIVEAU

### Questionnaire diététique

NOM :

PRENOM :

DATE :

#### LES REPAS

##### PRISE PAR SEMAINE

	JAMAIS	TOUS LES JOURS	AUTRES
PETIT DEJEUNER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.... / semaine
COLLATION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.... / semaine
DEJEUNER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.... / semaine
GOUTER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.... / semaine
DINER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.... / semaine
GRIGNOTAGES	parfois <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.... / semaine

##### COMPLEMENTS ALIMENTAIRES ?

##### COMPOSITION DES REPAS ?

#### L'HYDRATATION

##### A TABLEAU PAR JOUR

- |                    |                                 |   |                                       |
|--------------------|---------------------------------|---|---------------------------------------|
| - Eau              | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> 1 à 2 verre(s) | <input type="checkbox"/> 3 à 4 verres |
| - Boissons sucrées | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> 1 à 2 verre(s) | <input type="checkbox"/> 3 à 4 verres |

Boissons alcoolisées / semaine :       Jamais       1 à 2 verre(s)       3 à 4 verres

##### PENDANT LES SEANCES :

- |                         |                                 |                                     |                               |
|-------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|
| - Eau                   | <input type="checkbox"/> <500mL | <input type="checkbox"/> 500mL à 1L | <input type="checkbox"/> > 1L |
| - Boissons sucrées      | <input type="checkbox"/> <500mL | <input type="checkbox"/> 500mL à 1L | <input type="checkbox"/> > 1L |
| - Boissons énergétiques | <input type="checkbox"/> <500mL | <input type="checkbox"/> 500mL à 1L | <input type="checkbox"/> > 1L |

##### En dehors de l'entraînement :

- |                         |                                 |                                     |                               |
|-------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|
| - Eau                   | <input type="checkbox"/> <500mL | <input type="checkbox"/> 500mL à 1L | <input type="checkbox"/> > 1L |
| - Boissons sucrées      | <input type="checkbox"/> <500mL | <input type="checkbox"/> 500mL à 1L | <input type="checkbox"/> > 1L |
| - Boissons énergétiques | <input type="checkbox"/> <500mL | <input type="checkbox"/> 500mL à 1L | <input type="checkbox"/> > 1L |



## COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

Comment qualifiez-vous votre appétit ?

Comment qualifiez-vous votre type d'alimentation?

Faites-vous des régimes ou en avez-vous déjà fait ?

Aliments exclus de l'alimentation ?

Changez-vous votre alimentation en fonction du calendrier et des objectifs sportifs ?

Votre poids est-il une préoccupation importante ?

SOUHAITEZ VOUS RENCONTRE UNE DIETETICIENNE ?  OUI     NON

**CONCLUSIONS DE L'EXAMINATEUR, CONSEILS DONNÉS, OBJECTIFS FIXÉS :**