**Formulaire de demande de consultation**

**Date**:

**Prénom, Nom :**

**Date de naissance** (JJ/MM/AAAA)**:**

**Adresse** (pour les reçus d’assurance)**:**

**Ville, Province :**

**Code Postal :**

**Adresse électronique :**

**Téléphone :**

**Raison(s) de la consultation**(veuillez cocher la ou les raisons pour la consultation avec la nutritionniste)**:**

Gestion de poids  Amélioration des habitudes alimentaires  Diabète

Cholestérol  Hypertension  Trouble du comportement alimentaire

Troubles gastro-intestinaux  Nutrition sportive  Autres

**Vous pouvez détailler, au besoin :**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Veuillez cocher afin d’être ajouté à notre liste de courriels pour recevoir notre Infolettre

**Une fois complété, à envoyer à l’adresse électronique suivante :** [**libredemanger@hotmail.com**](mailto:libredemanger@hotmail.com)

**Merci!**