**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**

**Merci!**