

# Questionnaire Préalable

## Aujourd'hui préparons demain

Obligatoire pour votre 1ère Consultation



Fabienne Bigorre, consultante  
en bien-être et auteure

[info@fabienne-bigorre.fr](mailto:info@fabienne-bigorre.fr)

### INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Téléphone :
Ville de résidence actuelle :	adresse email :

### MERCI DE REpondre A TOUTES LES QUESTIONS

<i>Avez-vous bien dormi ces derniers temps ?</i>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<i>Dormez-vous moins de 7 heures par nuit ?</i>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<i>Prenez-vous un repas chaud le matin ?</i>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<i>Mangez-vous au lever ?</i>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<i>Quelles sont vos routines matinales ? (enfants, conjoint.e, sport, musique, télévision, lecture..)</i>		
<i>Partez-vous travailler ?</i>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<i>Utilisez-vous les transports en commun ?</i>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<i>Votre espace bureau est isolé ? Open space ? Pas de bureau ?</i>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<i>Faites-vous une pause matinale ?</i>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<i>Déjeunez-vous à l'extérieur ?</i>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<i>Préparez-vous vos repas ?</i>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<i>Vous préférez zapper la pause déjeuner ?</i>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<i>Avez-vous un engagement associatif ?</i>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<i>Travaillez-vous juste pour vous nourrir ?</i>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<i>Vivez-vous des moments de stress dans votre journée ?</i>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<i>Avez-vous des motifs de stress ?</i>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<i>Aimez-vous votre activité professionnelle ?</i>		
<i>Quel domaine vous passionne le plus ?</i>		

# Questionnaire Préalable

## Aujourd'hui préparons demain



Fabienne Bigorre, consultante  
en bien-être et auteure

[info@fabienne-bigorre.fr](mailto:info@fabienne-bigorre.fr)

MERCI DE REpondre A TOUTES LES QUESTIONS

*Faites-vous une pause « goûter » ?*

oui  non

*Faites-vous vos courses en journée ?*

oui  non

*Récupérez-vous vos enfants à la sortie de l'école ?*

oui  non

*Est ce vous qui vous occupez des enfants ?*

oui  non

*Quels sont les catégories de produits qui sont votre priorité ? (fruits, légumes, viande, poisson, gâteaux, lait, œufs, autres produits consommables..)*

*Les enfants sont-ils source de tracas quotidiens ?*

oui  non

*Avez-vous trouvé des solutions pour régler les conflits ?*

oui  non

*Partez-vous en vacances avec votre famille ?*

oui  non

*Voyagez-vous beaucoup pour le travail ?*

oui  non

*Aimez-vous découvrir de nouveaux horizons ?*

oui  non

*Pratiquez-vous un sport en famille ?*

oui  non

*Prenez-vous tous vos repas en famille ?*

oui  non

*Pour les vacances d'été, c'est destination montagne ?*

oui  non

*Quels sont vos plats préférés ?*

*Quel sport pratiquez-vous en général, vos hobby, loisirs créatifs, dons, talents ?*

# Questionnaire Préalable

## Aujourd'hui préparons demain



Fabienne Bigorre, consultante  
en bien-être et auteure

[info@fabienne-bigorre.fr](mailto:info@fabienne-bigorre.fr)

MERCI DE REpondre A TOUTES LES QUESTIONS

<i>Mangez-vous devant la télé ? L'ordinateur ? Avec le téléphone ?</i>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<i>Sortez-vous souvent au restaurant le soir ?</i>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<i>Vous sentez-vous fatigué le soir ?</i>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<i>Baillez-vous devant la télévision ?</i>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<i>Dormez-vous avec votre téléphone à côté de votre oreiller ?</i>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<i>Etes-vous sensible aux rythmes de la lune ?</i>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<i>Avez-vous déjà consulté pour des problèmes articulaires ?</i>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<i>Connaissez-vous les points faibles de votre organisme ?</i>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<i>Sentez-vous des douleurs au réveil ? En journée ?</i>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<i>Buvez-vous suffisamment d'eau dans la journée ?</i>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<i>Trouvez-vous que vos nuits sont reposantes ?</i>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<i>Dormez-vous dans le calme ?</i>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

*Quelles sont vos routines après le dîner ?*

*Que provoque chez vous la lune ?*

*Quelles sont vos disponibilités pour me consulter ?*

Nota : Imprimez votre document, remplissez et scannez ou photographiez puis adressez-le moi par mail à [info@fabienne-bigorre.fr](mailto:info@fabienne-bigorre.fr)

Merci beaucoup pour votre participation, je vous contacte dès que possible après lecture de vos réponses pour fixer ensemble votre première consultation. Sincèrement. Fabienne Bigorre