**Bulletin d’inscription au programme « manger en pleine conscience »**

**Programme de 8 semaines**

Merci de renseigner votre choix par ordre de préférence 1 ou 2 :

|  |  |
| --- | --- |
| … | **Groupe du mardi,** de 15h45 à 18h15 |
| … | **Groupe du jeudi,** de 14h à 16h30 |

Une journée de pratique intensive commune aux 2 groupes.

**Questionnaire strictement confidentiel**

(Nécessaire à l’entretien préalable)

Nom, prénom et âge :

Adresse :

E-mail :

Téléphone :

Profession :

Personne qui vous envoie :

Situation de famille :

Problèmes physiques :

Faites-vous du sport ? Lequel ? A quelle fréquence ?

Comment est votre sommeil ?

Mangez- vous une alimentation équilibrée ?...................................................................................................  
  
Y a-t- il des aliments que vous ne pouvez pas manger pour des raisons médicales ? Etes-vous allergique ou sensible à des odeurs, des tissus ? Veuillez les lister……………………………………………………………………………………..  
…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Au cours des cinq dernières années, avez-vous bénéficié d’un accompagnement psychologique ou médical, ou suivi un traitement et pour quelle pathologie ?

Actuellement prenez- vous des médicaments ? Veuillez préciser lesquels :

Vous est-il arrivé d’avoir des pensées suicidaires ?

Médecin référent ou psychiatre: Nom et numéro de téléphone

Avez-vous une relation de dépendance avec une ou plusieurs substances (tabac, alcool, drogue) ?

Si toutefois vous avez été abusé durant votre enfance et si vous voulez bien l’exprimer, entourez les mots qui s’appliquent à votre situation : Physiquement….Psychiquement…Sexuellement…Spirituellement...  
……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  
Au cours de la dernière année, avez-vous expérimenté une période de grand stress (à cause d’une perte, d’un décès...). Veuillez préciser :   
……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  
……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  
Avez-vous actuellement ou avez-vous déjà eu un trouble du comportement alimentaire comme l’anorexie, la boulimie, l’hyperphagie, l’alimentation compulsive, ou toute autre trouble du comportement alimentaire non spécifié ? Veuillez le spécifier :  
………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  
Est-ce que vous vous rendez malade (purgé..) parce que vous vous sentez inconfortablement plein ?  
 Oui Non……………………………………………………………………………………………………………………………………………..  
Craignez-vous avoir perdu le contrôle de la quantité que vous mangez ?  
 Oui Non…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  
Avez-vous récemment perdu ou gagné plus de 6,5 kgs au cours d’une période de 3 mois ?....................... …..  
 Oui Non……………………………………………………………………………………………………………………………………………………  
Vous croyez-vous gros alors que les autres vous trouvent mince ou trop mince ? Préciser :…………………………….  
…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  
…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  
Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?.................................................................................................  
 Oui Non………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  
Est-ce-que vous vivez actuellement dans un endroit sécurisant ?.......................................................................  
…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  
 ***Veuillez prendre quelques minutes pour réfléchir aux questions suivantes avant de répondre***

Qu’est-ce qui compte le plus pour vous ?

Qu’est-ce qui vous procure le plus de plaisir ?

Qu’est-ce qui vous inquiète le plus ou quels sont les éléments les plus stressants pour vous ?

Quelle est votre motivation principale pour suivre ce programme ?

Y a – il quelque chose dont vous voudriez me faire part ?................................................................................  
…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Inscription et paiement par chèque de la somme de 430 € ( ou 3 chèques) à libeller à l’ordre de Madame Marie-France VACHET à remettre lors de la première séance du programme.**

Date et signature :