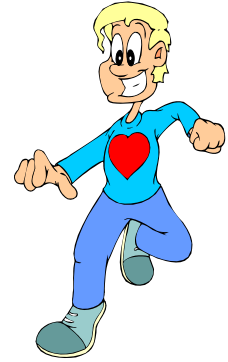
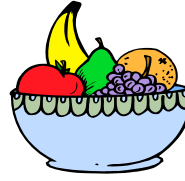


# Mon bilan de santé

Nom : \_\_\_\_\_  
 Âge : \_\_\_\_\_  
 Poids : \_\_\_\_\_  
 Grandeur : \_\_\_\_\_



SIGNATURE D'UN PARENT : \_\_\_\_\_

## À REMPLIR SEUL(E) OU AVEC L'AIDE D'UN PARENT - faire signer

	Depuis le dernier mois OU les 4 dernières semaines...	
Que manges-tu habituellement pour ton petit déjeuner ?		
Combien de fruits ou de légumes manges-tu chaque jour ? Lesquels ?	Nombre de fruits ou de légumes : _____ / jour Nomme ceux que tu aimes : _____	
Lequel(s) aimes-tu le moins?	Fruits : _____ légumes : _____	
Que fais-tu comme activité physique la semaine, pendant au moins 20-30 minutes ?	L' HIVER	L' ÉTÉ
Combien de fois vas-tu jouer dehors ?	LA SEMAINE	LE WEEK-END
Pendant combien d'heures regardes-tu la télévision ?	LA SEMAINE	LE WEEK-END
Combien d'heures passes-tu devant l'ordinateur ou les jeux vidéo ?	LA SEMAINE	LE WEEK-END
Combien d'heures dors-tu à chaque nuit ?	LA SEMAINE	LE WEEK-END
À quelle heure te couches-tu ?	LA SEMAINE	VENDREDI : _____ SAMEDI : _____