1. **Imię i nazwisko**
2. **Email**
3. **Wiek**
4. **Masa ciała**
5. **Wysokość ciała**
6. Obecny poziom tkanki tłuszczowej
7. **Oczekiwania / cel diety**
8. **Godzina pobudki**
9. **Godzina pójścia spać**
10. **Opisz swoją aktywność określając rodzaj i czas trwania wszystkich podejmowanych wysiłków fizycznych oraz godzinę ich wykonywania wypełniając poniższą tabelę**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dzień tygodnia |  | *Przykład* | PN | WT | ŚR | CZW | PT | SB | ND |
| Rodzaj wysiłku | TRENING  I | *Basen* |  |  |  |  |  |  |  |
| Godzina rozpoczęcia | *6.00* |  |  |  |  |  |  |  |
| Czas trwania | *120’* |  |  |  |  |  |  |  |
| Intensywność w skali 1-10 | *7/10* |  |  |  |  |  |  |  |
| Rodzaj wysiłku | TRENING  II | *Siłownia* |  |  |  |  |  |  |  |
| Godzina rozpoczęcia | *18.00* |  |  |  |  |  |  |  |
| Czas trwania | *90’* |  |  |  |  |  |  |  |
| Intensywność w skali 1-10 | *5/10* |  |  |  |  |  |  |  |

1. **Rodzaj wykonywanej pracy :**
2. **Podaj godziny swojej pracy**
3. **Obecne i/lub przebyte choroby:**……………………………….……………………………….……………………………….…………………………………

Jeśli wykonywałeś ostatnio jakieś badania krwi (maksymalnie 3 miesiące temu) - prześlij je w załączniku na adres mailowy

1. Przyjmowane leki (nazwa leku + dawka + od kiedy)
2. Przyjmowane suplementy diety (nazwa suplementu + dawka + od kiedy)
3. Stwierdzone alergie i/lub nietolerancje pokarmowe
4. Dotychczas stosowane diety (jeśli znasz kaloryczność, podaj; jaki był efekt?)
5. Produkty, które lubię
6. **Produkty, których nie lubię**
7. Największa słabość żywieniowa
8. Jak często spożywasz alkohol, jakiego rodzaju i jakie ilości?
9. Inne ważne informacje