

*Maigrir  
avec sa tête!*



***Journal de Bord  
de votre Réussite***

Notification: Ce Système est vendu avec la compréhension que ni l'auteur ni l'éditeur ne sont engagés dans la fourniture de services médicaux ou de santé physique. Les questions concernant la santé et les besoins spécifiques médicaux du lecteur doivent être adressées aux membres pratiquants de ces professions. Avant de faire tout changement de régime alimentaire, de style de vie ou d'habitude d'exercice physique il est recommandé que vous consultiez votre médecin traitant. L'auteur et l'éditeur déclinent expressément toute responsabilité des éventuels préjudices, pertes ou risques causés à titre personnel ou professionnel qui découleraient directement ou indirectement de l'utilisation ou de l'application d'une quelconque des techniques ou du contenu de ce Système.

© 2014 Mike Fink, Core Editions.  
Tous droits réservés pour tous pays.

Ce Journal de Bord fait partie du  
Système « Maigrir avec sa Tête ! »

Il n'est pas gratuit et fait l'objet d'un copyright  
de propriété intellectuelle

Toute reproduction ou diffusion partielle est  
strictement interdite sans autorisation écrite de l'auteur.

(v.2014.02.15)

## 1. VOTRE JOURNAL DE BORD

**C'est un instrument très important pour votre réussite.**

**Utilisez-le quotidiennement !**

Dans ce journal vous :

1. Prévoirez où et quand vous allez écouter votre Audio d'hypnose
2. Suivrez les progrès que vous faites pour la mise en place de vos nouvelles habitudes et façons de penser par rapport à la nourriture

Complétez une page du journal :

- Quand vous vous réveillez (pour prévoir où et quand)
- Avant de vous coucher (pour suivre vos progrès)

Cela vous prendra moins d'une minute en tout.

Si cela vous est plus facile pour vous souvenir, **vous pouvez aussi suivre votre progrès après chaque repas.**

Rappelez-vous, les études scientifiques montrent que le fait de planifier à l'avance où et quand vous allez faire quelque chose, multiplie par 3 les chances que vous allez le faire.

Le fait de suivre vos progrès par rapport à vos comportements alimentaires, façons de penser et à vos habitudes vous focalise sur les processus qui automatiquement vous font perdre du poids.

C'est l'équivalent de surveiller si les ouvriers font bien leur travail plutôt que de regarder si le toit de la maison est prêt.

Cela vous permet aussi de mesurer les effets de l'écoute des Audio d'hypnose pour savoir quand passer à l'écoute de l'audio suivant.

Ce PDF contient 31 pages de Journal de Bord. Réimprimez-le quand vous en aurez besoin.

La prochaine page vous permettra de suivre l'évolution de votre poids et de votre taux de gras corporel si vous êtes en grade de le mesurer.

## 2. SUIVI DE VOTRE POIDS

Pesez-vous avant de commencer la phase TRANSFORMATION du Système, puis :

**Ne vous pesez plus pendant 1 mois  
et après  
pas plus souvent qu'une fois par semaine**

Vous pouvez aussi **prendre une photo de vous au début** pour constater aussi visuellement votre transformation.

**Note :** La phase de TRANSFORMATION commence avec l'écoute de l'Audio d'hypnose « *Ajustez votre Métabolisme pour Maigrir Sans Rien Faire* », après la phase de PRÉPARATION. Référez-vous à la Section « Vue d'ensemble » du **Guide Stratégique p.3** pour plus de détails.

La façon la plus facile de mesurer votre % de gras corporel est avec un pèse-personne qui dispose d'un impédance-mètre. ([En voici un exemple](#)).

Ces pèse-personnes, grâce à leurs petits contacts métalliques, envoient un courant électrique de très faible intensité dans le corps (ne vous inquiétez pas, vous ne sentez rien). Comme la graisse oppose plus de résistance au courant que les autres types de tissus, le pèse-personne peut alors évaluer la quantité de gras corporel et calculer un pourcentage par rapport à votre poids

<b>Début</b> TRANSFORMATION	Je pèse : ____ kg et mon % de gras corporel est : ____ %
Semaine <b>5</b> ____ / ____ / ____	Je pèse : ____ kg et mon % de gras corporel est : ____ %
Semaine <b>6</b> ____ / ____ / ____	Je pèse : ____ kg et mon % de gras corporel est : ____ %
Semaine <b>7</b> ____ / ____ / ____	Je pèse : ____ kg et mon % de gras corporel est : ____ %
Semaine <b>8</b> ____ / ____ / ____	Je pèse : ____ kg et mon % de gras corporel est : ____ %
Semaine <b>9</b> ____ / ____ / ____	Je pèse : ____ kg et mon % de gras corporel est : ____ %
Semaine <b>10</b> ____ / ____ / ____	Je pèse : ____ kg et mon % de gras corporel est : ____ %
Semaine <b>11</b> ____ / ____ / ____	Je pèse : ____ kg et mon % de gras corporel est : ____ %
Semaine <b>12</b> ____ / ____ / ____	Je pèse : ____ kg et mon % de gras corporel est : ____ %

### 3. THERMOMETRE DE LA FAIM

Dans ce Journal de Bord vous ferez le suivi de l'indice sur le Thermomètre de la faim auquel vous commencez à manger et auquel vous arrêter de manger.

Pour les explications complètes du Thermomètre de la faim voir la Section « Faim Physique » du **Guide Stratégique p.73**

Voici un résumé de la signification des indices, mais lisez la Section du Guide Stratégique pour mieux le comprendre :

<u>Indice</u>	<u>Description</u>	
5	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vous ne pouvez absolument plus rien manger</li><li>• Mal à l'aise d'avoir trop mangé, besoin de s'allonger</li></ul>	}
4	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vous avez le ventre plein</li><li>• Sensation d'avoir trop mangé</li></ul>	
3	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vous n'avez ni faim, ni mangé beaucoup</li><li>• Vous avez satisfait votre faim</li><li>• Vous êtes satisfaite et confortable</li></ul>	}
2	<ul style="list-style-type: none"><li>• Commencement de la faim</li><li>• Vous avez légèrement faim</li></ul>	}
1	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sensation d'être affamée</li><li>• Sensation d'avoir très faim</li></ul>	}

Zones à éviter

Arrêter de manger

Commencer à manger

Zone à éviter

#### 4. LA MALBOUFFE

Dans ce Journal vous prendrez simplement note des aliments sains et de la malbouffe que vous aurez éventuellement mangé chaque

Voici un rappel d'aliments considérés comme « malbouffe »<sup>1</sup> :

- **Les plats préparés (qu'on trouve dans les supermarchés)**
- Les nuggets
- Les pizzas industrielles
- Les céréales pour enfants
- Les sauces des fast-foods
- Le kebab
- Les beignets (donuts)
- La pâte à tartiner au chocolat et aux noisettes
- Les bonbons à la gélatine
- Les biscuits apéro
- Les canettes de boissons gazeuses

En général tous les « **aliments transformés** » ou « **aliments industriels** » font partie de la « malbouffe ».

Référez-vous au Guide Stratégique p.87 pour plus d'exemples et d'explications sur la « malbouffe » et aux p.85-91 pour les « Règles Générales d'une Alimentation Saine »

---

<sup>1</sup> Le pire de la malbouffe en 10 aliments. <http://www.aufeminin.com/manger-equilibre/malbouffe-d54072.html>

Date \_\_ / \_\_ / \_\_

### Audio d'hypnose

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ÉLIMINER BLOCAGE       | <input type="checkbox"/> FAIM ÉMOTIONNELLE      | <input type="checkbox"/> ÉCOUTE SIGNAUX        |
| <input type="checkbox"/> IMAGE IDEALE           | <input type="checkbox"/> COMPULSION ALIMENTAIRE | <input type="checkbox"/> (ANNEAU VIRTUEL)      |
| <input type="checkbox"/> RECALIBRER METABOLISME | <input type="checkbox"/> GESTION STRESS         | <input type="checkbox"/> RECALIBRAGE ATTIRANCE |
|   |   | <input type="checkbox"/> EXERCICE PHYSIQUE     |

Aujourd'hui je vais écouter l'Audio d'hypnose ci-dessus à l'heure suivante \_\_\_\_\_

À cet endroit \_\_\_\_\_

### Thermomètre de la Faim (voir p.3 de ce Journal et p.73 du Guide Stratégique)

J'ai commencé à manger à l'indice

Petit déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas matin) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas après-midi) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dîner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

J'ai arrêté de manger à l'indice

Petit déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas matin) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas après-midi) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dîner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

### Façon de manger (pour la « malbouffe » voir p.4 de ce Journal et p.87 du Guide Stratégique)

Repas	<i>J'ai mangé <u>lentement</u></i>	<i>J'ai mangé <u>sans distractions</u></i>	<i>J'ai fait le point <u>à mi-assiette</u></i>	<i>J'ai laissé de la nourriture <u>dans mon assiette</u></i>
Petit déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas matin)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas après-midi)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dîner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

J'ai mangé les aliments sains suivants : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai mangé la malbouffe suivante : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai bu les boissons sucrées suivantes : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Exercice physique

J'ai fait de l'exercice physique ☐ Oui ☐ Non

Exercice physique : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date \_\_ / \_\_ / \_\_

### Audio d'hypnose

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ÉLIMINER BLOCAGE       | <input type="checkbox"/> FAIM ÉMOTIONNELLE      | <input type="checkbox"/> ÉCOUTE SIGNAUX        |
| <input type="checkbox"/> IMAGE IDEALE           | <input type="checkbox"/> COMPULSION ALIMENTAIRE | <input type="checkbox"/> (ANNEAU VIRTUEL)      |
| <input type="checkbox"/> RECALIBRER METABOLISME | <input type="checkbox"/> GESTION STRESS         | <input type="checkbox"/> RECALIBRAGE ATTIRANCE |
|   |   | <input type="checkbox"/> EXERCICE PHYSIQUE     |

Aujourd'hui je vais écouter l'Audio d'hypnose ci-dessus à l'heure suivante \_\_\_\_\_

À cet endroit \_\_\_\_\_

### Thermomètre de la Faim (voir p.3 de ce Journal et p.73 du Guide Stratégique)

J'ai commencé à manger à l'indice

Petit déjeuner	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
(En-cas matin)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Déjeuner	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
(En-cas après-midi)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Dîner	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

J'ai arrêté de manger à l'indice

Petit déjeuner	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
(En-cas matin)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Déjeuner	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
(En-cas après-midi)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Dîner	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

### Façon de manger (pour la « malbouffe » voir p.4 de ce Journal et p.87 du Guide Stratégique)

Repas	<i>J'ai mangé lentement</i>	<i>J'ai mangé sans distractions</i>	<i>J'ai fait le point à mi-assiette</i>	<i>J'ai laissé de la nourriture dans mon assiette</i>
Petit déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas matin)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas après-midi)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dîner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

J'ai mangé les aliments sains suivants : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai mangé la malbouffe suivante : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai bu les boissons sucrées suivantes : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Exercice physique

J'ai fait de l'exercice physique ☐ Oui ☐ Non

Exercice physique : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Date \_\_ / \_\_ / \_\_

### Audio d'hypnose

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ÉLIMINER BLOCAGE       | <input type="checkbox"/> FAIM ÉMOTIONNELLE      | <input type="checkbox"/> ÉCOUTE SIGNAUX        |
| <input type="checkbox"/> IMAGE IDEALE           | <input type="checkbox"/> COMPULSION ALIMENTAIRE | <input type="checkbox"/> (ANNEAU VIRTUEL)      |
| <input type="checkbox"/> RECALIBRER METABOLISME | <input type="checkbox"/> GESTION STRESS         | <input type="checkbox"/> RECALIBRAGE ATTIRANCE |
|   |   | <input type="checkbox"/> EXERCICE PHYSIQUE     |

Aujourd'hui je vais écouter l'Audio d'hypnose ci-dessus à l'heure suivante \_\_\_\_\_

À cet endroit \_\_\_\_\_

### Thermomètre de la Faim (voir p.3 de ce Journal et p.73 du Guide Stratégique)

J'ai commencé à manger à l'indice

Petit déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas matin) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas après-midi) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dîner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

J'ai arrêté de manger à l'indice

Petit déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas matin) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas après-midi) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dîner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

### Façon de manger (pour la « malbouffe » voir p.4 de ce Journal et p.87 du Guide Stratégique)

Repas	<i>J'ai mangé <u>lentement</u></i>	<i>J'ai mangé <u>sans distractions</u></i>	<i>J'ai fait le point <u>à mi-assiette</u></i>	<i>J'ai laissé de la nourriture <u>dans mon assiette</u></i>
Petit déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas matin)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas après-midi)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dîner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

J'ai mangé les aliments sains suivants : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai mangé la malbouffe suivante : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai bu les boissons sucrées suivantes : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Exercice physique

J'ai fait de l'exercice physique ☐ Oui ☐ Non

Exercice physique : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date \_\_ / \_\_ / \_\_

### Audio d'hypnose

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ÉLIMINER BLOCAGE       | <input type="checkbox"/> FAIM ÉMOTIONNELLE      | <input type="checkbox"/> ÉCOUTE SIGNAUX        |
| <input type="checkbox"/> IMAGE IDEALE           | <input type="checkbox"/> COMPULSION ALIMENTAIRE | <input type="checkbox"/> (ANNEAU VIRTUEL)      |
| <input type="checkbox"/> RECALIBRER METABOLISME | <input type="checkbox"/> GESTION STRESS         | <input type="checkbox"/> RECALIBRAGE ATTIRANCE |
|   |   | <input type="checkbox"/> EXERCICE PHYSIQUE     |

Aujourd'hui je vais écouter l'Audio d'hypnose ci-dessus à l'heure suivante \_\_\_\_\_

À cet endroit \_\_\_\_\_

### Thermomètre de la Faim (voir p.3 de ce Journal et p.73 du Guide Stratégique)

J'ai commencé à manger à l'indice

Petit déjeuner	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
(En-cas matin)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Déjeuner	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
(En-cas après-midi)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Dîner	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

J'ai arrêté de manger à l'indice

Petit déjeuner	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
(En-cas matin)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Déjeuner	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
(En-cas après-midi)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Dîner	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

### Façon de manger (pour la « malbouffe » voir p.4 de ce Journal et p.87 du Guide Stratégique)

Repas	<i>J'ai mangé lentement</i>	<i>J'ai mangé sans distractions</i>	<i>J'ai fait le point à mi-assiette</i>	<i>J'ai laissé de la nourriture dans mon assiette</i>
Petit déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas matin)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas après-midi)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dîner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

J'ai mangé les aliments sains suivants : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai mangé la malbouffe suivante : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai bu les boissons sucrées suivantes : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Exercice physique

J'ai fait de l'exercice physique ☐ Oui ☐ Non

Exercice physique : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date \_\_ / \_\_ / \_\_

## Audio d'hypnose

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ÉLIMINER BLOCAGE       | <input type="checkbox"/> FAIM ÉMOTIONNELLE      | <input type="checkbox"/> ÉCOUTE SIGNAUX        |
| <input type="checkbox"/> IMAGE IDEALE           | <input type="checkbox"/> COMPULSION ALIMENTAIRE | <input type="checkbox"/> (ANNEAU VIRTUEL)      |
| <input type="checkbox"/> RECALIBRER METABOLISME | <input type="checkbox"/> GESTION STRESS         | <input type="checkbox"/> RECALIBRAGE ATTIRANCE |
|   |   | <input type="checkbox"/> EXERCICE PHYSIQUE     |

Aujourd'hui je vais écouter l'Audio d'hypnose ci-dessus à l'heure suivante \_\_\_\_\_

À cet endroit \_\_\_\_\_

## Thermomètre de la Faim (voir p.3 de ce Journal et p.73 du Guide Stratégique)

J'ai commencé à manger à l'indice

Petit déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas matin) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas après-midi) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dîner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

J'ai arrêté de manger à l'indice

Petit déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas matin) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas après-midi) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dîner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

## Façon de manger (pour la « malbouffe » voir p.4 de ce Journal et p.87 du Guide Stratégique)

Repas	<i>J'ai mangé lentement</i>	<i>J'ai mangé sans distractions</i>	<i>J'ai fait le point à mi-assiette</i>	<i>J'ai laissé de la nourriture dans mon assiette</i>
Petit déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas matin)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas après-midi)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dîner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

J'ai mangé les aliments sains suivants : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai mangé la malbouffe suivante : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai bu les boissons sucrées suivantes : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Exercice physique

J'ai fait de l'exercice physique ☐ Oui ☐ Non

Exercice physique : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date \_\_ / \_\_ / \_\_

### Audio d'hypnose

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ÉLIMINER BLOCAGE       | <input type="checkbox"/> FAIM ÉMOTIONNELLE      | <input type="checkbox"/> ÉCOUTE SIGNAUX        |
| <input type="checkbox"/> IMAGE IDEALE           | <input type="checkbox"/> COMPULSION ALIMENTAIRE | <input type="checkbox"/> (ANNEAU VIRTUEL)      |
| <input type="checkbox"/> RECALIBRER METABOLISME | <input type="checkbox"/> GESTION STRESS         | <input type="checkbox"/> RECALIBRAGE ATTIRANCE |
|   |   | <input type="checkbox"/> EXERCICE PHYSIQUE     |

Aujourd'hui je vais écouter l'Audio d'hypnose ci-dessus à l'heure suivante \_\_\_\_\_

À cet endroit \_\_\_\_\_

### Thermomètre de la Faim (voir p.3 de ce Journal et p.73 du Guide Stratégique)

J'ai commencé à manger à l'indice

Petit déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas matin) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas après-midi) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dîner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

J'ai arrêté de manger à l'indice

Petit déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas matin) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas après-midi) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dîner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

### Façon de manger (pour la « malbouffe » voir p.4 de ce Journal et p.87 du Guide Stratégique)

Repas	<i>J'ai mangé lentement</i>	<i>J'ai mangé sans distractions</i>	<i>J'ai fait le point à mi-assiette</i>	<i>J'ai laissé de la nourriture dans mon assiette</i>
Petit déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas matin)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas après-midi)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dîner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

J'ai mangé les aliments sains suivants : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai mangé la malbouffe suivante : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai bu les boissons sucrées suivantes : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Exercice physique

J'ai fait de l'exercice physique ☐ Oui ☐ Non

Exercice physique : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date \_\_ / \_\_ / \_\_

### Audio d'hypnose

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ÉLIMINER BLOCAGE       | <input type="checkbox"/> FAIM ÉMOTIONNELLE      | <input type="checkbox"/> ÉCOUTE SIGNAUX        |
| <input type="checkbox"/> IMAGE IDEALE           | <input type="checkbox"/> COMPULSION ALIMENTAIRE | <input type="checkbox"/> (ANNEAU VIRTUEL)      |
| <input type="checkbox"/> RECALIBRER METABOLISME | <input type="checkbox"/> GESTION STRESS         | <input type="checkbox"/> RECALIBRAGE ATTIRANCE |
|   |   | <input type="checkbox"/> EXERCICE PHYSIQUE     |

Aujourd'hui je vais écouter l'Audio d'hypnose ci-dessus à l'heure suivante \_\_\_\_\_

À cet endroit \_\_\_\_\_

### Thermomètre de la Faim (voir p.3 de ce Journal et p.73 du Guide Stratégique)

J'ai commencé à manger à l'indice

Petit déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas matin) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas après-midi) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dîner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

J'ai arrêté de manger à l'indice

Petit déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas matin) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas après-midi) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dîner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

### Façon de manger (pour la « malbouffe » voir p.4 de ce Journal et p.87 du Guide Stratégique)

Repas	<i>J'ai mangé <u>lentement</u></i>	<i>J'ai mangé <u>sans distractions</u></i>	<i>J'ai fait le point <u>à mi-assiette</u></i>	<i>J'ai laissé de la nourriture <u>dans mon assiette</u></i>
Petit déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas matin)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas après-midi)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dîner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

J'ai mangé les aliments sains suivants : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai mangé la malbouffe suivante : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai bu les boissons sucrées suivantes : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Exercice physique

J'ai fait de l'exercice physique ☐ Oui ☐ Non

Exercice physique : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date \_\_ / \_\_ / \_\_

### Audio d'hypnose

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ÉLIMINER BLOCAGE       | <input type="checkbox"/> FAIM ÉMOTIONNELLE      | <input type="checkbox"/> ÉCOUTE SIGNAUX        |
| <input type="checkbox"/> IMAGE IDEALE           | <input type="checkbox"/> COMPULSION ALIMENTAIRE | <input type="checkbox"/> (ANNEAU VIRTUEL)      |
| <input type="checkbox"/> RECALIBRER METABOLISME | <input type="checkbox"/> GESTION STRESS         | <input type="checkbox"/> RECALIBRAGE ATTIRANCE |
|   |   | <input type="checkbox"/> EXERCICE PHYSIQUE     |

Aujourd'hui je vais écouter l'Audio d'hypnose ci-dessus à l'heure suivante \_\_\_\_\_

À cet endroit \_\_\_\_\_

### Thermomètre de la Faim (voir p.3 de ce Journal et p.73 du Guide Stratégique)

J'ai commencé à manger à l'indice

Petit déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas matin) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas après-midi) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dîner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

J'ai arrêté de manger à l'indice

Petit déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas matin) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas après-midi) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dîner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

### Façon de manger (pour la « malbouffe » voir p.4 de ce Journal et p.87 du Guide Stratégique)

Repas	<i>J'ai mangé <u>lentement</u></i>	<i>J'ai mangé <u>sans distractions</u></i>	<i>J'ai fait le point <u>à mi-assiette</u></i>	<i>J'ai laissé de la nourriture <u>dans mon assiette</u></i>
Petit déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas matin)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas après-midi)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dîner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

J'ai mangé les aliments sains suivants : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai mangé la malbouffe suivante : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai bu les boissons sucrées suivantes : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Exercice physique

J'ai fait de l'exercice physique ☐ Oui ☐ Non

Exercice physique : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date \_\_ / \_\_ / \_\_

### Audio d'hypnose

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ÉLIMINER BLOCAGE       | <input type="checkbox"/> FAIM ÉMOTIONNELLE      | <input type="checkbox"/> ÉCOUTE SIGNAUX        |
| <input type="checkbox"/> IMAGE IDEALE           | <input type="checkbox"/> COMPULSION ALIMENTAIRE | <input type="checkbox"/> (ANNEAU VIRTUEL)      |
| <input type="checkbox"/> RECALIBRER METABOLISME | <input type="checkbox"/> GESTION STRESS         | <input type="checkbox"/> RECALIBRAGE ATTIRANCE |
|   |   | <input type="checkbox"/> EXERCICE PHYSIQUE     |

Aujourd'hui je vais écouter l'Audio d'hypnose ci-dessus à l'heure suivante \_\_\_\_\_

À cet endroit \_\_\_\_\_

### Thermomètre de la Faim (voir p.3 de ce Journal et p.73 du Guide Stratégique)

J'ai commencé à manger à l'indice

Petit déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas matin) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas après-midi) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dîner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

J'ai arrêté de manger à l'indice

Petit déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas matin) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas après-midi) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dîner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

### Façon de manger (pour la « malbouffe » voir p.4 de ce Journal et p.87 du Guide Stratégique)

Repas	<i>J'ai mangé lentement</i>	<i>J'ai mangé sans distractions</i>	<i>J'ai fait le point à mi-assiette</i>	<i>J'ai laissé de la nourriture dans mon assiette</i>
Petit déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas matin)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas après-midi)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dîner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

J'ai mangé les aliments sains suivants : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai mangé la malbouffe suivante : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai bu les boissons sucrées suivantes : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Exercice physique

J'ai fait de l'exercice physique ☐ Oui ☐ Non

Exercice physique : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date \_\_ / \_\_ / \_\_

## Audio d'hypnose

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ÉLIMINER BLOCAGE       | <input type="checkbox"/> FAIM ÉMOTIONNELLE      | <input type="checkbox"/> ÉCOUTE SIGNAUX        |
| <input type="checkbox"/> IMAGE IDEALE           | <input type="checkbox"/> COMPULSION ALIMENTAIRE | <input type="checkbox"/> (ANNEAU VIRTUEL)      |
| <input type="checkbox"/> RECALIBRER METABOLISME | <input type="checkbox"/> GESTION STRESS         | <input type="checkbox"/> RECALIBRAGE ATTIRANCE |
|   |   | <input type="checkbox"/> EXERCICE PHYSIQUE     |

Aujourd'hui je vais écouter l'Audio d'hypnose ci-dessus à l'heure suivante \_\_\_\_\_

À cet endroit \_\_\_\_\_

## Thermomètre de la Faim (voir p.3 de ce Journal et p.73 du Guide Stratégique)

J'ai commencé à manger à l'indice

Petit déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas matin) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas après-midi) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dîner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

J'ai arrêté de manger à l'indice

Petit déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas matin) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas après-midi) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dîner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

## Façon de manger (pour la « malbouffe » voir p.4 de ce Journal et p.87 du Guide Stratégique)

Repas	<i>J'ai mangé <u>lentement</u></i>	<i>J'ai mangé <u>sans distractions</u></i>	<i>J'ai fait le point <u>à mi-assiette</u></i>	<i>J'ai laissé de la nourriture <u>dans mon assiette</u></i>
Petit déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas matin)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas après-midi)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dîner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

J'ai mangé les aliments sains suivants : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai mangé la malbouffe suivante : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai bu les boissons sucrées suivantes : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Exercice physique

J'ai fait de l'exercice physique ☐ Oui ☐ Non

Exercice physique : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Date \_\_ / \_\_ / \_\_

### Audio d'hypnose

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ÉLIMINER BLOCAGE       | <input type="checkbox"/> FAIM ÉMOTIONNELLE      | <input type="checkbox"/> ÉCOUTE SIGNAUX        |
| <input type="checkbox"/> IMAGE IDEALE           | <input type="checkbox"/> COMPULSION ALIMENTAIRE | <input type="checkbox"/> (ANNEAU VIRTUEL)      |
| <input type="checkbox"/> RECALIBRER METABOLISME | <input type="checkbox"/> GESTION STRESS         | <input type="checkbox"/> RECALIBRAGE ATTIRANCE |
|   |   | <input type="checkbox"/> EXERCICE PHYSIQUE     |

Aujourd'hui je vais écouter l'Audio d'hypnose ci-dessus à l'heure suivante \_\_\_\_\_

À cet endroit \_\_\_\_\_

### Thermomètre de la Faim (voir p.3 de ce Journal et p.73 du Guide Stratégique)

J'ai commencé à manger à l'indice

Petit déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas matin) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas après-midi) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dîner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

J'ai arrêté de manger à l'indice

Petit déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas matin) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas après-midi) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dîner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

### Façon de manger (pour la « malbouffe » voir p.4 de ce Journal et p.87 du Guide Stratégique)

Repas	<i>J'ai mangé lentement</i>	<i>J'ai mangé sans distractions</i>	<i>J'ai fait le point à mi-assiette</i>	<i>J'ai laissé de la nourriture dans mon assiette</i>
Petit déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas matin)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas après-midi)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dîner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

J'ai mangé les aliments sains suivants : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai mangé la malbouffe suivante : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai bu les boissons sucrées suivantes : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Exercice physique

J'ai fait de l'exercice physique ☐ Oui ☐ Non

Exercice physique : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date \_\_ / \_\_ / \_\_

### Audio d'hypnose

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ÉLIMINER BLOCAGE       | <input type="checkbox"/> FAIM ÉMOTIONNELLE      | <input type="checkbox"/> ÉCOUTE SIGNAUX        |
| <input type="checkbox"/> IMAGE IDEALE           | <input type="checkbox"/> COMPULSION ALIMENTAIRE | <input type="checkbox"/> (ANNEAU VIRTUEL)      |
| <input type="checkbox"/> RECALIBRER METABOLISME | <input type="checkbox"/> GESTION STRESS         | <input type="checkbox"/> RECALIBRAGE ATTIRANCE |
|   |   | <input type="checkbox"/> EXERCICE PHYSIQUE     |

Aujourd'hui je vais écouter l'Audio d'hypnose ci-dessus à l'heure suivante \_\_\_\_\_

À cet endroit \_\_\_\_\_

### Thermomètre de la Faim (voir p.3 de ce Journal et p.73 du Guide Stratégique)

J'ai commencé à manger à l'indice

Petit déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas matin) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas après-midi) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dîner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

J'ai arrêté de manger à l'indice

Petit déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas matin) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas après-midi) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dîner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

### Façon de manger (pour la « malbouffe » voir p.4 de ce Journal et p.87 du Guide Stratégique)

Repas	<i>J'ai mangé lentement</i>	<i>J'ai mangé sans distractions</i>	<i>J'ai fait le point à mi-assiette</i>	<i>J'ai laissé de la nourriture dans mon assiette</i>
Petit déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas matin)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas après-midi)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dîner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

J'ai mangé les aliments sains suivants : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai mangé la malbouffe suivante : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai bu les boissons sucrées suivantes : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Exercice physique

J'ai fait de l'exercice physique ☐ Oui ☐ Non

Exercice physique : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date \_\_ / \_\_ / \_\_

### Audio d'hypnose

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ÉLIMINER BLOCAGE       | <input type="checkbox"/> FAIM ÉMOTIONNELLE      | <input type="checkbox"/> ÉCOUTE SIGNAUX        |
| <input type="checkbox"/> IMAGE IDEALE           | <input type="checkbox"/> COMPULSION ALIMENTAIRE | <input type="checkbox"/> (ANNEAU VIRTUEL)      |
| <input type="checkbox"/> RECALIBRER METABOLISME | <input type="checkbox"/> GESTION STRESS         | <input type="checkbox"/> RECALIBRAGE ATTIRANCE |
|   |   | <input type="checkbox"/> EXERCICE PHYSIQUE     |

Aujourd'hui je vais écouter l'Audio d'hypnose ci-dessus à l'heure suivante \_\_\_\_\_

À cet endroit \_\_\_\_\_

### Thermomètre de la Faim (voir p.3 de ce Journal et p.73 du Guide Stratégique)

J'ai commencé à manger à l'indice

Petit déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas matin) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas après-midi) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dîner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

J'ai arrêté de manger à l'indice

Petit déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas matin) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas après-midi) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dîner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

### Façon de manger (pour la « malbouffe » voir p.4 de ce Journal et p.87 du Guide Stratégique)

Repas	<i>J'ai mangé <u>lentement</u></i>	<i>J'ai mangé <u>sans distractions</u></i>	<i>J'ai fait le point <u>à mi-assiette</u></i>	<i>J'ai laissé de la nourriture <u>dans mon assiette</u></i>
Petit déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas matin)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas après-midi)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dîner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

J'ai mangé les aliments sains suivants : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai mangé la malbouffe suivante : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai bu les boissons sucrées suivantes : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Exercice physique

J'ai fait de l'exercice physique ☐ Oui ☐ Non

Exercice physique : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date \_\_ / \_\_ / \_\_

### Audio d'hypnose

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ÉLIMINER BLOCAGE       | <input type="checkbox"/> FAIM ÉMOTIONNELLE      | <input type="checkbox"/> ÉCOUTE SIGNAUX        |
| <input type="checkbox"/> IMAGE IDEALE           | <input type="checkbox"/> COMPULSION ALIMENTAIRE | <input type="checkbox"/> (ANNEAU VIRTUEL)      |
| <input type="checkbox"/> RECALIBRER METABOLISME | <input type="checkbox"/> GESTION STRESS         | <input type="checkbox"/> RECALIBRAGE ATTIRANCE |
|   |   | <input type="checkbox"/> EXERCICE PHYSIQUE     |

Aujourd'hui je vais écouter l'Audio d'hypnose ci-dessus à l'heure suivante \_\_\_\_\_

À cet endroit \_\_\_\_\_

### Thermomètre de la Faim (voir p.3 de ce Journal et p.73 du Guide Stratégique)

J'ai commencé à manger à l'indice

Petit déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas matin) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas après-midi) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dîner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

J'ai arrêté de manger à l'indice

Petit déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas matin) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas après-midi) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dîner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

### Façon de manger (pour la « malbouffe » voir p.4 de ce Journal et p.87 du Guide Stratégique)

Repas	<i>J'ai mangé lentement</i>	<i>J'ai mangé sans distractions</i>	<i>J'ai fait le point à mi-assiette</i>	<i>J'ai laissé de la nourriture dans mon assiette</i>
Petit déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas matin)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas après-midi)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dîner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

J'ai mangé les aliments sains suivants : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai mangé la malbouffe suivante : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai bu les boissons sucrées suivantes : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Exercice physique

J'ai fait de l'exercice physique ☐ Oui ☐ Non

Exercice physique : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date \_\_ / \_\_ / \_\_

## Audio d'hypnose

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ÉLIMINER BLOCAGE       | <input type="checkbox"/> FAIM ÉMOTIONNELLE      | <input type="checkbox"/> ÉCOUTE SIGNAUX        |
| <input type="checkbox"/> IMAGE IDEALE           | <input type="checkbox"/> COMPULSION ALIMENTAIRE | <input type="checkbox"/> (ANNEAU VIRTUEL)      |
| <input type="checkbox"/> RECALIBRER METABOLISME | <input type="checkbox"/> GESTION STRESS         | <input type="checkbox"/> RECALIBRAGE ATTIRANCE |
|   |   | <input type="checkbox"/> EXERCICE PHYSIQUE     |

Aujourd'hui je vais écouter l'Audio d'hypnose ci-dessus à l'heure suivante \_\_\_\_\_

À cet endroit \_\_\_\_\_

## Thermomètre de la Faim (voir p.3 de ce Journal et p.73 du Guide Stratégique)

J'ai commencé à manger à l'indice

Petit déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas matin) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas après-midi) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dîner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

J'ai arrêté de manger à l'indice

Petit déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas matin) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas après-midi) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dîner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

## Façon de manger (pour la « malbouffe » voir p.4 de ce Journal et p.87 du Guide Stratégique)

Repas	<i>J'ai mangé <u>lentement</u></i>	<i>J'ai mangé <u>sans distractions</u></i>	<i>J'ai fait le point <u>à mi-assiette</u></i>	<i>J'ai laissé de la nourriture <u>dans mon assiette</u></i>
Petit déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas matin)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas après-midi)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dîner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

J'ai mangé les aliments sains suivants : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai mangé la malbouffe suivante : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai bu les boissons sucrées suivantes : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Exercice physique

J'ai fait de l'exercice physique ☐ Oui ☐ Non

Exercice physique : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date \_\_ / \_\_ / \_\_

### Audio d'hypnose

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ÉLIMINER BLOCAGE       | <input type="checkbox"/> FAIM ÉMOTIONNELLE      | <input type="checkbox"/> ÉCOUTE SIGNAUX        |
| <input type="checkbox"/> IMAGE IDEALE           | <input type="checkbox"/> COMPULSION ALIMENTAIRE | <input type="checkbox"/> (ANNEAU VIRTUEL)      |
| <input type="checkbox"/> RECALIBRER METABOLISME | <input type="checkbox"/> GESTION STRESS         | <input type="checkbox"/> RECALIBRAGE ATTIRANCE |
|   |   | <input type="checkbox"/> EXERCICE PHYSIQUE     |

Aujourd'hui je vais écouter l'Audio d'hypnose ci-dessus à l'heure suivante \_\_\_\_\_

À cet endroit \_\_\_\_\_

### Thermomètre de la Faim (voir p.3 de ce Journal et p.73 du Guide Stratégique)

J'ai commencé à manger à l'indice

Petit déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas matin) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas après-midi) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dîner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

J'ai arrêté de manger à l'indice

Petit déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas matin) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas après-midi) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dîner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

### Façon de manger (pour la « malbouffe » voir p.4 de ce Journal et p.87 du Guide Stratégique)

Repas	<i>J'ai mangé lentement</i>	<i>J'ai mangé sans distractions</i>	<i>J'ai fait le point à mi-assiette</i>	<i>J'ai laissé de la nourriture dans mon assiette</i>
Petit déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas matin)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas après-midi)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dîner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

J'ai mangé les aliments sains suivants : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai mangé la malbouffe suivante : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai bu les boissons sucrées suivantes : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Exercice physique

J'ai fait de l'exercice physique ☐ Oui ☐ Non

Exercice physique : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date \_\_ / \_\_ / \_\_

### Audio d'hypnose

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ÉLIMINER BLOCAGE       | <input type="checkbox"/> FAIM ÉMOTIONNELLE      | <input type="checkbox"/> ÉCOUTE SIGNAUX        |
| <input type="checkbox"/> IMAGE IDEALE           | <input type="checkbox"/> COMPULSION ALIMENTAIRE | <input type="checkbox"/> (ANNEAU VIRTUEL)      |
| <input type="checkbox"/> RECALIBRER METABOLISME | <input type="checkbox"/> GESTION STRESS         | <input type="checkbox"/> RECALIBRAGE ATTIRANCE |
|   |   | <input type="checkbox"/> EXERCICE PHYSIQUE     |

Aujourd'hui je vais écouter l'Audio d'hypnose ci-dessus à l'heure suivante \_\_\_\_\_

À cet endroit \_\_\_\_\_

### Thermomètre de la Faim (voir p.3 de ce Journal et p.73 du Guide Stratégique)

J'ai commencé à manger à l'indice

Petit déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas matin) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas après-midi) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dîner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

J'ai arrêté de manger à l'indice

Petit déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas matin) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas après-midi) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dîner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

### Façon de manger (pour la « malbouffe » voir p.4 de ce Journal et p.87 du Guide Stratégique)

Repas	<i>J'ai mangé lentement</i>	<i>J'ai mangé sans distractions</i>	<i>J'ai fait le point à mi-assiette</i>	<i>J'ai laissé de la nourriture dans mon assiette</i>
Petit déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas matin)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas après-midi)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dîner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

J'ai mangé les aliments sains suivants : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai mangé la malbouffe suivante : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai bu les boissons sucrées suivantes : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Exercice physique

J'ai fait de l'exercice physique ☐ Oui ☐ Non

Exercice physique : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date \_\_ / \_\_ / \_\_

### Audio d'hypnose

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ÉLIMINER BLOCAGE       | <input type="checkbox"/> FAIM ÉMOTIONNELLE      | <input type="checkbox"/> ÉCOUTE SIGNAUX        |
| <input type="checkbox"/> IMAGE IDEALE           | <input type="checkbox"/> COMPULSION ALIMENTAIRE | <input type="checkbox"/> (ANNEAU VIRTUEL)      |
| <input type="checkbox"/> RECALIBRER METABOLISME | <input type="checkbox"/> GESTION STRESS         | <input type="checkbox"/> RECALIBRAGE ATTIRANCE |
|   |   | <input type="checkbox"/> EXERCICE PHYSIQUE     |

Aujourd'hui je vais écouter l'Audio d'hypnose ci-dessus à l'heure suivante \_\_\_\_\_

À cet endroit \_\_\_\_\_

### Thermomètre de la Faim (voir p.3 de ce Journal et p.73 du Guide Stratégique)

J'ai commencé à manger à l'indice

Petit déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas matin) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas après-midi) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dîner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

J'ai arrêté de manger à l'indice

Petit déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas matin) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas après-midi) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dîner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

### Façon de manger (pour la « malbouffe » voir p.4 de ce Journal et p.87 du Guide Stratégique)

Repas	<i>J'ai mangé <u>lentement</u></i>	<i>J'ai mangé <u>sans distractions</u></i>	<i>J'ai fait le point <u>à mi-assiette</u></i>	<i>J'ai laissé de la nourriture <u>dans mon assiette</u></i>
Petit déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas matin)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas après-midi)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dîner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

J'ai mangé les aliments sains suivants : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai mangé la malbouffe suivante : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai bu les boissons sucrées suivantes : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Exercice physique

J'ai fait de l'exercice physique ☐ Oui ☐ Non

Exercice physique : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Date \_\_ / \_\_ / \_\_

### Audio d'hypnose

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ÉLIMINER BLOCAGE       | <input type="checkbox"/> FAIM ÉMOTIONNELLE      | <input type="checkbox"/> ÉCOUTE SIGNAUX        |
| <input type="checkbox"/> IMAGE IDEALE           | <input type="checkbox"/> COMPULSION ALIMENTAIRE | <input type="checkbox"/> (ANNEAU VIRTUEL)      |
| <input type="checkbox"/> RECALIBRER METABOLISME | <input type="checkbox"/> GESTION STRESS         | <input type="checkbox"/> RECALIBRAGE ATTIRANCE |
|   |   | <input type="checkbox"/> EXERCICE PHYSIQUE     |

Aujourd'hui je vais écouter l'Audio d'hypnose ci-dessus à l'heure suivante \_\_\_\_\_

À cet endroit \_\_\_\_\_

### Thermomètre de la Faim (voir p.3 de ce Journal et p.73 du Guide Stratégique)

J'ai commencé à manger à l'indice

Petit déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas matin) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas après-midi) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dîner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

J'ai arrêté de manger à l'indice

Petit déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas matin) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas après-midi) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dîner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

### Façon de manger (pour la « malbouffe » voir p.4 de ce Journal et p.87 du Guide Stratégique)

Repas	<i>J'ai mangé lentement</i>	<i>J'ai mangé sans distractions</i>	<i>J'ai fait le point à mi-assiette</i>	<i>J'ai laissé de la nourriture dans mon assiette</i>
Petit déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas matin)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas après-midi)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dîner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

J'ai mangé les aliments sains suivants : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai mangé la malbouffe suivante : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai bu les boissons sucrées suivantes : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Exercice physique

J'ai fait de l'exercice physique ☐ Oui ☐ Non

Exercice physique : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date \_\_ / \_\_ / \_\_

## Audio d'hypnose

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ÉLIMINER BLOCAGE       | <input type="checkbox"/> FAIM ÉMOTIONNELLE      | <input type="checkbox"/> ÉCOUTE SIGNAUX        |
| <input type="checkbox"/> IMAGE IDEALE           | <input type="checkbox"/> COMPULSION ALIMENTAIRE | <input type="checkbox"/> (ANNEAU VIRTUEL)      |
| <input type="checkbox"/> RECALIBRER METABOLISME | <input type="checkbox"/> GESTION STRESS         | <input type="checkbox"/> RECALIBRAGE ATTIRANCE |
|   |   | <input type="checkbox"/> EXERCICE PHYSIQUE     |

Aujourd'hui je vais écouter l'Audio d'hypnose ci-dessus à l'heure suivante \_\_\_\_\_

À cet endroit \_\_\_\_\_

## Thermomètre de la Faim (voir p.3 de ce Journal et p.73 du Guide Stratégique)

J'ai commencé à manger à l'indice

Petit déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas matin) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas après-midi) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dîner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

J'ai arrêté de manger à l'indice

Petit déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas matin) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas après-midi) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dîner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

## Façon de manger (pour la « malbouffe » voir p.4 de ce Journal et p.87 du Guide Stratégique)

Repas	<i>J'ai mangé lentement</i>	<i>J'ai mangé sans distractions</i>	<i>J'ai fait le point à mi-assiette</i>	<i>J'ai laissé de la nourriture dans mon assiette</i>
Petit déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas matin)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas après-midi)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dîner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

J'ai mangé les aliments sains suivants : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai mangé la malbouffe suivante : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai bu les boissons sucrées suivantes : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Exercice physique

J'ai fait de l'exercice physique ☐ Oui ☐ Non

Exercice physique : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date \_\_ / \_\_ / \_\_

### Audio d'hypnose

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ÉLIMINER BLOCAGE       | <input type="checkbox"/> FAIM ÉMOTIONNELLE      | <input type="checkbox"/> ÉCOUTE SIGNAUX        |
| <input type="checkbox"/> IMAGE IDEALE           | <input type="checkbox"/> COMPULSION ALIMENTAIRE | <input type="checkbox"/> (ANNEAU VIRTUEL)      |
| <input type="checkbox"/> RECALIBRER METABOLISME | <input type="checkbox"/> GESTION STRESS         | <input type="checkbox"/> RECALIBRAGE ATTIRANCE |
|   |   | <input type="checkbox"/> EXERCICE PHYSIQUE     |

Aujourd'hui je vais écouter l'Audio d'hypnose ci-dessus à l'heure suivante \_\_\_\_\_

À cet endroit \_\_\_\_\_

### Thermomètre de la Faim (voir p.3 de ce Journal et p.73 du Guide Stratégique)

J'ai commencé à manger à l'indice

Petit déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas matin) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas après-midi) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dîner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

J'ai arrêté de manger à l'indice

Petit déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas matin) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas après-midi) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dîner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

### Façon de manger (pour la « malbouffe » voir p.4 de ce Journal et p.87 du Guide Stratégique)

Repas	<i>J'ai mangé <u>lentement</u></i>	<i>J'ai mangé <u>sans distractions</u></i>	<i>J'ai fait le point <u>à mi-assiette</u></i>	<i>J'ai laissé de la nourriture <u>dans mon assiette</u></i>
Petit déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas matin)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas après-midi)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dîner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

J'ai mangé les aliments sains suivants : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai mangé la malbouffe suivante : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai bu les boissons sucrées suivantes : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Exercice physique

J'ai fait de l'exercice physique ☐ Oui ☐ Non

Exercice physique : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date \_\_ / \_\_ / \_\_

### Audio d'hypnose

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ÉLIMINER BLOCAGE       | <input type="checkbox"/> FAIM ÉMOTIONNELLE      | <input type="checkbox"/> ÉCOUTE SIGNAUX        |
| <input type="checkbox"/> IMAGE IDEALE           | <input type="checkbox"/> COMPULSION ALIMENTAIRE | <input type="checkbox"/> (ANNEAU VIRTUEL)      |
| <input type="checkbox"/> RECALIBRER METABOLISME | <input type="checkbox"/> GESTION STRESS         | <input type="checkbox"/> RECALIBRAGE ATTIRANCE |
|   |   | <input type="checkbox"/> EXERCICE PHYSIQUE     |

Aujourd'hui je vais écouter l'Audio d'hypnose ci-dessus à l'heure suivante \_\_\_\_\_

À cet endroit \_\_\_\_\_

### Thermomètre de la Faim (voir p.3 de ce Journal et p.73 du Guide Stratégique)

J'ai commencé à manger à l'indice

Petit déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas matin) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas après-midi) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dîner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

J'ai arrêté de manger à l'indice

Petit déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas matin) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas après-midi) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dîner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

### Façon de manger (pour la « malbouffe » voir p.4 de ce Journal et p.87 du Guide Stratégique)

Repas	<i>J'ai mangé lentement</i>	<i>J'ai mangé sans distractions</i>	<i>J'ai fait le point à mi-assiette</i>	<i>J'ai laissé de la nourriture dans mon assiette</i>
Petit déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas matin)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas après-midi)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dîner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

J'ai mangé les aliments sains suivants : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai mangé la malbouffe suivante : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai bu les boissons sucrées suivantes : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Exercice physique

J'ai fait de l'exercice physique ☐ Oui ☐ Non

Exercice physique : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date \_\_ / \_\_ / \_\_

### Audio d'hypnose

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ÉLIMINER BLOCAGE       | <input type="checkbox"/> FAIM ÉMOTIONNELLE      | <input type="checkbox"/> ÉCOUTE SIGNAUX        |
| <input type="checkbox"/> IMAGE IDEALE           | <input type="checkbox"/> COMPULSION ALIMENTAIRE | <input type="checkbox"/> (ANNEAU VIRTUEL)      |
| <input type="checkbox"/> RECALIBRER METABOLISME | <input type="checkbox"/> GESTION STRESS         | <input type="checkbox"/> RECALIBRAGE ATTIRANCE |
|   |   | <input type="checkbox"/> EXERCICE PHYSIQUE     |

Aujourd'hui je vais écouter l'Audio d'hypnose ci-dessus à l'heure suivante \_\_\_\_\_

À cet endroit \_\_\_\_\_

### Thermomètre de la Faim (voir p.3 de ce Journal et p.73 du Guide Stratégique)

J'ai commencé à manger à l'indice

Petit déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas matin) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas après-midi) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dîner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

J'ai arrêté de manger à l'indice

Petit déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas matin) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas après-midi) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dîner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

### Façon de manger (pour la « malbouffe » voir p.4 de ce Journal et p.87 du Guide Stratégique)

Repas	<i>J'ai mangé lentement</i>	<i>J'ai mangé sans distractions</i>	<i>J'ai fait le point à mi-assiette</i>	<i>J'ai laissé de la nourriture dans mon assiette</i>
Petit déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas matin)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas après-midi)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dîner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

J'ai mangé les aliments sains suivants : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai mangé la malbouffe suivante : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai bu les boissons sucrées suivantes : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Exercice physique

J'ai fait de l'exercice physique ☐ Oui ☐ Non

Exercice physique : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date \_\_ / \_\_ / \_\_

### Audio d'hypnose

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ÉLIMINER BLOCAGE       | <input type="checkbox"/> FAIM ÉMOTIONNELLE      | <input type="checkbox"/> ÉCOUTE SIGNAUX        |
| <input type="checkbox"/> IMAGE IDEALE           | <input type="checkbox"/> COMPULSION ALIMENTAIRE | <input type="checkbox"/> (ANNEAU VIRTUEL)      |
| <input type="checkbox"/> RECALIBRER METABOLISME | <input type="checkbox"/> GESTION STRESS         | <input type="checkbox"/> RECALIBRAGE ATTIRANCE |
|   |   | <input type="checkbox"/> EXERCICE PHYSIQUE     |

Aujourd'hui je vais écouter l'Audio d'hypnose ci-dessus à l'heure suivante \_\_\_\_\_

À cet endroit \_\_\_\_\_

### Thermomètre de la Faim (voir p.3 de ce Journal et p.73 du Guide Stratégique)

J'ai commencé à manger à l'indice

Petit déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas matin) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas après-midi) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dîner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

J'ai arrêté de manger à l'indice

Petit déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas matin) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas après-midi) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dîner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

### Façon de manger (pour la « malbouffe » voir p.4 de ce Journal et p.87 du Guide Stratégique)

Repas	<i>J'ai mangé <u>lentement</u></i>	<i>J'ai mangé <u>sans distractions</u></i>	<i>J'ai fait le point <u>à mi-assiette</u></i>	<i>J'ai laissé de la nourriture <u>dans mon assiette</u></i>
Petit déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas matin)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas après-midi)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dîner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

J'ai mangé les aliments sains suivants : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai mangé la malbouffe suivante : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai bu les boissons sucrées suivantes : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Exercice physique

J'ai fait de l'exercice physique ☐ Oui ☐ Non

Exercice physique : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date \_\_ / \_\_ / \_\_

## Audio d'hypnose

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ÉLIMINER BLOCAGE       | <input type="checkbox"/> FAIM ÉMOTIONNELLE      | <input type="checkbox"/> ÉCOUTE SIGNAUX        |
| <input type="checkbox"/> IMAGE IDEALE           | <input type="checkbox"/> COMPULSION ALIMENTAIRE | <input type="checkbox"/> (ANNEAU VIRTUEL)      |
| <input type="checkbox"/> RECALIBRER METABOLISME | <input type="checkbox"/> GESTION STRESS         | <input type="checkbox"/> RECALIBRAGE ATTIRANCE |
|   |   | <input type="checkbox"/> EXERCICE PHYSIQUE     |

Aujourd'hui je vais écouter l'Audio d'hypnose ci-dessus à l'heure suivante \_\_\_\_\_

À cet endroit \_\_\_\_\_

## Thermomètre de la Faim (voir p.3 de ce Journal et p.73 du Guide Stratégique)

J'ai commencé à manger à l'indice

Petit déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas matin) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas après-midi) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dîner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

J'ai arrêté de manger à l'indice

Petit déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas matin) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas après-midi) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dîner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

## Façon de manger (pour la « malbouffe » voir p.4 de ce Journal et p.87 du Guide Stratégique)

Repas	<i>J'ai mangé lentement</i>	<i>J'ai mangé sans distractions</i>	<i>J'ai fait le point à mi-assiette</i>	<i>J'ai laissé de la nourriture dans mon assiette</i>
Petit déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas matin)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas après-midi)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dîner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

J'ai mangé les aliments sains suivants : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai mangé la malbouffe suivante : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai bu les boissons sucrées suivantes : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Exercice physique

J'ai fait de l'exercice physique ☐ Oui ☐ Non

Exercice physique : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date \_\_ / \_\_ / \_\_

### Audio d'hypnose

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ÉLIMINER BLOCAGE       | <input type="checkbox"/> FAIM ÉMOTIONNELLE      | <input type="checkbox"/> ÉCOUTE SIGNAUX        |
| <input type="checkbox"/> IMAGE IDEALE           | <input type="checkbox"/> COMPULSION ALIMENTAIRE | <input type="checkbox"/> (ANNEAU VIRTUEL)      |
| <input type="checkbox"/> RECALIBRER METABOLISME | <input type="checkbox"/> GESTION STRESS         | <input type="checkbox"/> RECALIBRAGE ATTIRANCE |
|   |   | <input type="checkbox"/> EXERCICE PHYSIQUE     |

Aujourd'hui je vais écouter l'Audio d'hypnose ci-dessus à l'heure suivante \_\_\_\_\_

À cet endroit \_\_\_\_\_

### Thermomètre de la Faim (voir p.3 de ce Journal et p.73 du Guide Stratégique)

J'ai commencé à manger à l'indice

Petit déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas matin) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas après-midi) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dîner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

J'ai arrêté de manger à l'indice

Petit déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas matin) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas après-midi) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dîner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

### Façon de manger (pour la « malbouffe » voir p.4 de ce Journal et p.87 du Guide Stratégique)

Repas	<i>J'ai mangé lentement</i>	<i>J'ai mangé sans distractions</i>	<i>J'ai fait le point à mi-assiette</i>	<i>J'ai laissé de la nourriture dans mon assiette</i>
Petit déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas matin)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas après-midi)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dîner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

J'ai mangé les aliments sains suivants : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai mangé la malbouffe suivante : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai bu les boissons sucrées suivantes : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Exercice physique

J'ai fait de l'exercice physique ☐ Oui ☐ Non

Exercice physique : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Date \_\_ / \_\_ / \_\_

### Audio d'hypnose

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ÉLIMINER BLOCAGE       | <input type="checkbox"/> FAIM ÉMOTIONNELLE      | <input type="checkbox"/> ÉCOUTE SIGNAUX        |
| <input type="checkbox"/> IMAGE IDEALE           | <input type="checkbox"/> COMPULSION ALIMENTAIRE | <input type="checkbox"/> (ANNEAU VIRTUEL)      |
| <input type="checkbox"/> RECALIBRER METABOLISME | <input type="checkbox"/> GESTION STRESS         | <input type="checkbox"/> RECALIBRAGE ATTIRANCE |
|   |   | <input type="checkbox"/> EXERCICE PHYSIQUE     |

Aujourd'hui je vais écouter l'Audio d'hypnose ci-dessus à l'heure suivante \_\_\_\_\_

À cet endroit \_\_\_\_\_

### Thermomètre de la Faim (voir p.3 de ce Journal et p.73 du Guide Stratégique)

J'ai commencé à manger à l'indice

Petit déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas matin) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas après-midi) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dîner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

J'ai arrêté de manger à l'indice

Petit déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas matin) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas après-midi) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dîner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

### Façon de manger (pour la « malbouffe » voir p.4 de ce Journal et p.87 du Guide Stratégique)

Repas	<i>J'ai mangé <u>lentement</u></i>	<i>J'ai mangé <u>sans distractions</u></i>	<i>J'ai fait le point <u>à mi-assiette</u></i>	<i>J'ai laissé de la nourriture <u>dans mon assiette</u></i>
Petit déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas matin)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas après-midi)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dîner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

J'ai mangé les aliments sains suivants : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai mangé la malbouffe suivante : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai bu les boissons sucrées suivantes : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Exercice physique

J'ai fait de l'exercice physique ☐ Oui ☐ Non

Exercice physique : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date \_\_ / \_\_ / \_\_

### Audio d'hypnose

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ÉLIMINER BLOCAGE       | <input type="checkbox"/> FAIM ÉMOTIONNELLE      | <input type="checkbox"/> ÉCOUTE SIGNAUX        |
| <input type="checkbox"/> IMAGE IDEALE           | <input type="checkbox"/> COMPULSION ALIMENTAIRE | <input type="checkbox"/> (ANNEAU VIRTUEL)      |
| <input type="checkbox"/> RECALIBRER METABOLISME | <input type="checkbox"/> GESTION STRESS         | <input type="checkbox"/> RECALIBRAGE ATTIRANCE |
|   |   | <input type="checkbox"/> EXERCICE PHYSIQUE     |

Aujourd'hui je vais écouter l'Audio d'hypnose ci-dessus à l'heure suivante \_\_\_\_\_

À cet endroit \_\_\_\_\_

### Thermomètre de la Faim (voir p.3 de ce Journal et p.73 du Guide Stratégique)

J'ai commencé à manger à l'indice

Petit déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas matin) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas après-midi) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dîner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

J'ai arrêté de manger à l'indice

Petit déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas matin) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas après-midi) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dîner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

### Façon de manger (pour la « malbouffe » voir p.4 de ce Journal et p.87 du Guide Stratégique)

Repas	<i>J'ai mangé lentement</i>	<i>J'ai mangé sans distractions</i>	<i>J'ai fait le point à mi-assiette</i>	<i>J'ai laissé de la nourriture dans mon assiette</i>
Petit déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas matin)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas après-midi)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dîner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

J'ai mangé les aliments sains suivants : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai mangé la malbouffe suivante : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai bu les boissons sucrées suivantes : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Exercice physique

J'ai fait de l'exercice physique ☐ Oui ☐ Non

Exercice physique : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date \_\_ / \_\_ / \_\_

### Audio d'hypnose

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ÉLIMINER BLOCAGE       | <input type="checkbox"/> FAIM ÉMOTIONNELLE      | <input type="checkbox"/> ÉCOUTE SIGNAUX        |
| <input type="checkbox"/> IMAGE IDEALE           | <input type="checkbox"/> COMPULSION ALIMENTAIRE | <input type="checkbox"/> (ANNEAU VIRTUEL)      |
| <input type="checkbox"/> RECALIBRER METABOLISME | <input type="checkbox"/> GESTION STRESS         | <input type="checkbox"/> RECALIBRAGE ATTIRANCE |
|   |   | <input type="checkbox"/> EXERCICE PHYSIQUE     |

Aujourd'hui je vais écouter l'Audio d'hypnose ci-dessus à l'heure suivante \_\_\_\_\_

À cet endroit \_\_\_\_\_

### Thermomètre de la Faim (voir p.3 de ce Journal et p.73 du Guide Stratégique)

J'ai commencé à manger à l'indice

Petit déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas matin) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas après-midi) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dîner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

J'ai arrêté de manger à l'indice

Petit déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas matin) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas après-midi) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dîner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

### Façon de manger (pour la « malbouffe » voir p.4 de ce Journal et p.87 du Guide Stratégique)

Repas	<i>J'ai mangé lentement</i>	<i>J'ai mangé sans distractions</i>	<i>J'ai fait le point à mi-assiette</i>	<i>J'ai laissé de la nourriture dans mon assiette</i>
Petit déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas matin)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas après-midi)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dîner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

J'ai mangé les aliments sains suivants : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai mangé la malbouffe suivante : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai bu les boissons sucrées suivantes : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Exercice physique

J'ai fait de l'exercice physique ☐ Oui ☐ Non

Exercice physique : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date \_\_ / \_\_ / \_\_

## Audio d'hypnose

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ÉLIMINER BLOCAGE       | <input type="checkbox"/> FAIM ÉMOTIONNELLE      | <input type="checkbox"/> ÉCOUTE SIGNAUX        |
| <input type="checkbox"/> IMAGE IDEALE           | <input type="checkbox"/> COMPULSION ALIMENTAIRE | <input type="checkbox"/> (ANNEAU VIRTUEL)      |
| <input type="checkbox"/> RECALIBRER METABOLISME | <input type="checkbox"/> GESTION STRESS         | <input type="checkbox"/> RECALIBRAGE ATTIRANCE |
|   |   | <input type="checkbox"/> EXERCICE PHYSIQUE     |

Aujourd'hui je vais écouter l'Audio d'hypnose ci-dessus à l'heure suivante \_\_\_\_\_

À cet endroit \_\_\_\_\_

## Thermomètre de la Faim (voir p.3 de ce Journal et p.73 du Guide Stratégique)

J'ai commencé à manger à l'indice

Petit déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas matin) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas après-midi) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dîner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

J'ai arrêté de manger à l'indice

Petit déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas matin) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas après-midi) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dîner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

## Façon de manger (pour la « malbouffe » voir p.4 de ce Journal et p.87 du Guide Stratégique)

Repas	<i>J'ai mangé <u>lentement</u></i>	<i>J'ai mangé <u>sans distractions</u></i>	<i>J'ai fait le point <u>à mi-assiette</u></i>	<i>J'ai laissé de la nourriture <u>dans mon assiette</u></i>
Petit déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas matin)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas après-midi)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dîner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

J'ai mangé les aliments sains suivants : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai mangé la malbouffe suivante : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai bu les boissons sucrées suivantes : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Exercice physique

J'ai fait de l'exercice physique ☐ Oui ☐ Non

Exercice physique : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date \_\_ / \_\_ / \_\_

### Audio d'hypnose

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ÉLIMINER BLOCAGE       | <input type="checkbox"/> FAIM ÉMOTIONNELLE      | <input type="checkbox"/> ÉCOUTE SIGNAUX        |
| <input type="checkbox"/> IMAGE IDEALE           | <input type="checkbox"/> COMPULSION ALIMENTAIRE | <input type="checkbox"/> (ANNEAU VIRTUEL)      |
| <input type="checkbox"/> RECALIBRER METABOLISME | <input type="checkbox"/> GESTION STRESS         | <input type="checkbox"/> RECALIBRAGE ATTIRANCE |
|   |   | <input type="checkbox"/> EXERCICE PHYSIQUE     |

Aujourd'hui je vais écouter l'Audio d'hypnose ci-dessus à l'heure suivante \_\_\_\_\_

À cet endroit \_\_\_\_\_

### Thermomètre de la Faim (voir p.3 de ce Journal et p.73 du Guide Stratégique)

J'ai commencé à manger à l'indice

Petit déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas matin) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas après-midi) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dîner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

J'ai arrêté de manger à l'indice

Petit déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas matin) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Déjeuner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

(En-cas après-midi) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dîner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

### Façon de manger (pour la « malbouffe » voir p.4 de ce Journal et p.87 du Guide Stratégique)

Repas	<i>J'ai mangé <u>lentement</u></i>	<i>J'ai mangé <u>sans distractions</u></i>	<i>J'ai fait le point <u>à mi-assiette</u></i>	<i>J'ai laissé de la nourriture <u>dans mon assiette</u></i>
Petit déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas matin)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Déjeuner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(En-cas après-midi)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dîner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

J'ai mangé les aliments sains suivants : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai mangé la malbouffe suivante : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai bu les boissons sucrées suivantes : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Exercice physique

J'ai fait de l'exercice physique ☐ Oui ☐ Non

Exercice physique : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_