



FEUILLE DE SUIVI PERSONNEL ALIMENTAIRE

NOM : 0

Début Programme :

JOUR 1 :						JOUR 2 :					
REPAS	Matières G	Boisson	Ennui	Faim	Emot°	REPAS	Matières G	Boisson	Ennui	Faim	Emot°
Note tes émotions en les numérotant de 0 à 10.						0=NUL 10=EXTREME					
Petit Déjeuner	beurre huile creme F	eau thé/café autre					beurre huile creme F	eau thé/café autre			
Collation											
Déjeuner	beurre huile creme F	eau autre					beurre huile creme F	eau autre			
Collation											
Dîner	beurre huile creme F	eau autre					beurre huile creme F	eau autre			
Nuit											

**Commentaires - Ex : Sommeil - transit :
Mes aides (sport, respiration...)**

JOUR 3 :						JOUR 4 :					
REPAS	Matières G	Boisson	Ennui	Faim	Emot°	REPAS	Matières G	Boisson	Ennui	Faim	Emot°
Note tes émotions en les numérotant de 0 à 10.						0=NUL 10=EXTREME					
Petit Déjeuner	beurre huile creme F	eau thé/café autre					beurre huile creme F	eau thé/café autre			
Collation											
Déjeuner	beurre huile creme F	eau autre					beurre huile creme F	eau autre			
Collation											
Dîner	beurre huile creme F	eau autre					beurre huile creme F	eau autre			
Nuit											

**Commentaires - Ex : Sommeil - transit :
Mes aides (sport, respiration...)**