

Data: .....

Imię: .....

Nazwisko: .....

## DZIEŃ I

GODZINA POSIŁKU	POSIŁKI / PRZEKĄSKI / PODJADANIE	ILOŚĆ / WAGA

GODZINY SNU:	PORA WSTAWANIA:	PORA SNU:

GODZINY PRACY:		
AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA:		
LEKI: ( czas brania   dawka   nazwa )		

UWAGI: .....

.....

Data: .....

Imię: .....

Nazwisko: .....

## DZIEŃ II

GODZINA POSIŁKU	POSIŁKI / PRZEKĄSKI / PODJADANIE	ILOŚĆ / WAGA

GODZINY SNU:	PORA WSTAWANIA:	PORA SNU:

GODZINY PRACY:		
AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA:		
LEKI: ( czas brania   dawka   nazwa )		

UWAGI: .....

.....

Data: .....

Imię: .....

Nazwisko: .....

## DZIEŃ III

GODZINA POSIŁKU	POSIŁKI / PRZEKĄSKI / PODJADANIE	ILOŚĆ / WAGA

GODZINY SNU:	PORA WSTAWANIA:	PORA SNU:

GODZINY PRACY:		
AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA:		
LEKI: ( czas brania   dawka   nazwa )		

UWAGI: .....

.....