

NOM Prénom :

Semaine du au

Taille : Poids : Âge :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Évaluation du sommeil de la nuit précédente							
Petit déjeuner							
Déjeuner							
Collation							
Dîner							
Grignotage/ Apéritif							
Hydratation							
Activité photo							
Humeur/ Forme							

Merci de noter le plus précisément tout ce que vous mangez et buvez

Gaëlle Le Brun - Hypnothérapeute & Rééquilibrage alimentaire