

Imię i nazwisko:

Data:

godzina wstania:

godzina położenia się spać:

Posiłek	Godzina	Miejsce	Skład	Miara kuchenna lub gramy	Uczucie głodu od 0-10

Imię i nazwisko:

Data:

godzina wstania:

godzina położenia się spać:

Posiłek	Godzina	Miejsce	Skład	Miara kuchenna lub gramy	Uczucie głodu od 0-10

Imię i nazwisko:

Data:

godzina wstania:

godzina położenia się spać:

Posiłek	Godzina	Miejsce	Skład	Miara kuchenna lub gramy	Uczucie głodu od 0-10