**1 DZIEŃ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Godz. | Posiłek | Miejsce posiłku | Skład posiłku / napoje | Aktywność fizyczna | Głód (Tak/Nie | Uwagi po posiłku |
|  |  |   |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**2 DZIEŃ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Godz. | Posiłek | Miejsce posiłku | Skład posiłku / napoje | Aktywność fizyczna | Głód (Tak/Nie | Uwagi po posiłku |
|  |  |   |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**3 DZIEŃ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Godz. | Posiłek | Miejsce posiłku | Skład posiłku / napoje | Aktywność fizyczna | Głód (Tak/Nie | Uwagi po posiłku |
|  |  |   |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**4 DZIEŃ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Godz. | Posiłek | Miejsce posiłku | Skład posiłku / napoje | Aktywność fizyczna | Głód (Tak/Nie | Uwagi po posiłku |
|  |  |   |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**5 DZIEŃ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Godz. | Posiłek | Miejsce posiłku | Skład posiłku / napoje | Aktywność fizyczna | Głód (Tak/Nie | Uwagi po posiłku |
|  |  |   |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**6 DZIEŃ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Godz. | Posiłek | Miejsce posiłku | Skład posiłku / napoje | Aktywność fizyczna | Głód (Tak/Nie | Uwagi po posiłku |
|  |  |   |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**7 DZIEŃ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Godz. | Posiłek | Miejsce posiłku | Skład posiłku / napoje | Aktywność fizyczna | Głód (Tak/Nie | Uwagi po posiłku |
|  |  |   |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |