

DZIENNICZEK ŻYWIENIOWY

 PONIEDZIAŁEK Data:			
Typ posiłku	Godzina	Produkty/ potrawa	Miara - domowa lub w gramach
Śniadanie			
II śniadanie			
Obiad			
Podwieczorek			
Kolacja			

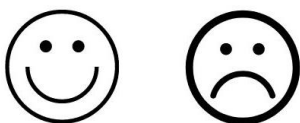
Przekąski/ podjadanie:

Płyny (co i ile?)


Aktywność fizyczna:

Sen (od-do lub ilość godzin):

Czy jesteś zadowolony z tego dnia?



DZIENNICZEK ŻYWIENIOWY

 WTOREK Data:			
Typ posiłku	Godzina	Produkty/ potrawa	Miara - domowa lub w gramach
Śniadanie			
II śniadanie			
Obiad			
Podwieczorek			
Kolacja			

Przekąski/ podjadanie:

Płyny (co i ile?)


Aktywność fizyczna:

Sen (od-do lub ilość godzin):

Czy jesteś zadowolony z tego dnia?



DZIENNICZEK ŻYWIENIOWY

 ŚRODA Data:			
Typ posiłku	Godzina	Produkty/ potrawa	Miara - domowa lub w gramach
Śniadanie			
II śniadanie			
Obiad			
Podwieczorek			
Kolacja			

Przekąski/ podjadanie:

Płyny (co i ile?)


Aktywność fizyczna:

Sen (od-do lub ilość godzin):

Czy jesteś zadowolony z tego dnia?



DZIENNICZEK ŻYWIENIOWY

 CZWARTEK Data:			
Typ posiłku	Godzina	Produkty/ potrawa	Miara - domowa lub w gramach
Śniadanie			
II śniadanie			
Obiad			
Podwieczorek			
Kolacja			

Przekąski/ podjadanie:

Płyny (co i ile?)


Aktywność fizyczna:

Sen (od-do lub ilość godzin):

Czy jesteś zadowolony z tego dnia?



DZIENNICZEK ŻYWIENIOWY

 PIĄTEK Data:			
Typ posiłku	Godzina	Produkty/ potrawa	Miara - domowa lub w gramach
Śniadanie			
II śniadanie			
Obiad			
Podwieczorek			
Kolacja			

Przekąski/ podjadanie:

Płyny (co i ile?)

Aktywność fizyczna:

Sen (od-do lub ilość godzin):

Czy jesteś zadowolony z tego dnia?



DZIENNICZEK ŻYWIENIOWY

 SOBOTA Data:			
Typ posiłku	Godzina	Produkty/ potrawa	Miara - domowa lub w gramach
Śniadanie			
II śniadanie			
Obiad			
Podwieczorek			
Kolacja			

Przekąski/ podjadanie:

Płyny (co i ile?)


Aktywność fizyczna:

Sen (od-do lub ilość godzin):

Czy jesteś zadowolony z tego dnia?



DZIENNICZEK ŻYWIENIOWY

 NIEDZIELA Data:			
Typ posiłku	Godzina	Produkty/ potrawa	Miara - domowa lub w gramach
Śniadanie			
II śniadanie			
Obiad			
Podwieczorek			
Kolacja			

Przekąski/ podjadanie:

Płyny (co i ile?)

Aktywność fizyczna:

Sen (od-do lub ilość godzin):

Czy jesteś zadowolony z tego dnia?

