

DZIEŃ 1

| GODZ. | POSIŁEK (np. śniadanie, przekąska, posiłek potreningowy) | MIEJSCE SPOŻYCIA (np. dom, uczelnia, restauracja) | SKŁAD POSIŁKU (miary domowe lub gramatura, np. 1 kromka chleba, 2 płaskie łyżeczki masła, 30 g sera) | SAMOPOCZUCIE PO POSIŁKU (np. głód, senność, uczucie ciężkości, wzdęcia) | LEKI I SUPLEMENTY (tu wypisz leki i suplementy, które zażywasz, dawkowanie) | AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA (rodzaj aktywności, czas trwania, intensywność) |
|-------|---|---|---|--|--|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

DZIEŃ 2.....

| GODZ. | POSIŁEK (np. śniadanie, przekąska, posiłek potreningowy) | MIEJSCE SPOŻYCIA (np. dom, uczelnia, restauracja) | SKŁAD POSIŁKU (miary domowe lub gramatura, np. 1 kromka chleba, 2 płaskie łyżeczki masła, 30 g sera) | SAMOPOCZUCIE PO POSIŁKU (np. głód, senność, uczucie ciężkości, wzdęcia) | LEKI I SUPLEMENTY (tu wypisz leki i suplementy, które zażywasz, dawkowanie) | AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA (rodzaj aktywności, czas trwania, intensywność) |
|-------|---|---|---|--|--|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

DZIEŃ 3

| GODZ. | POSIŁEK (np. śniadanie, przekąska, posiłek potreningowy) | MIEJSCE SPOŻYCIA (np. dom, uczelnia, restauracja) | SKŁAD POSIŁKU (miary domowe lub gramatura, np. 1 kromka chleba, 2 płaskie łyżeczki masła, 30 g sera pełnotłustego, 150 ml mleka 2%) | SAMOPOCZUCIE PO POSIŁKU (np. głód, senność, uczucie ciężkości, wzdęcia) | LEKI I SUPLEMENTY (tu wypisz leki i suplementy, które zażywasz, dawkowanie) | AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA (rodzaj aktywności, czas trwania, intensywność) |
|-------|---|---|---|--|--|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |