

PLANI FICA TION

Au jour le jour



Ma semaine



SEMAINE / MOIS / ANNÉE _____

Anjour le jour®
SANTÉ & BIEN-ÊTRE

MENU	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE
MON DÉJEUNER							
MA COLLATION							
MON DINER							
MA COLLATION							
MON SOUPER							
MA COLLATION							
MON ENTRAÎNEMENT							

MES OBJECTIFS DE LA SEMAINE

MES REPAS



MON ÉNERGIE



MON SOMMEIL



MON EAU



MON BIEN-ÊTRE



MON HUMEUR



Mon mois



MOIS / ANNÉE _____

- À SOUHAITER: _____
- À DÉCOUVRIR: _____
- À TRAVAILLER: _____
- À LIRE: _____
- À ÉCOUTER: _____
- À CUISINER: _____
- À CÉLÉBRER: _____

Mes buts

Mon bilan mensuel



MOIS / ANNÉE _____

J'évalue MON BIEN-ÊTRE

HUMEUR

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

BIEN-ÊTRE

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

GRATITUDE

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

J'évalue MA SANTÉ

QUALITÉ ÉNERGIE

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

QUALITÉ SOMMEIL

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

QUALITÉ ALIMENTATION

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

PLUS GRANDE FIERTÉ : _____

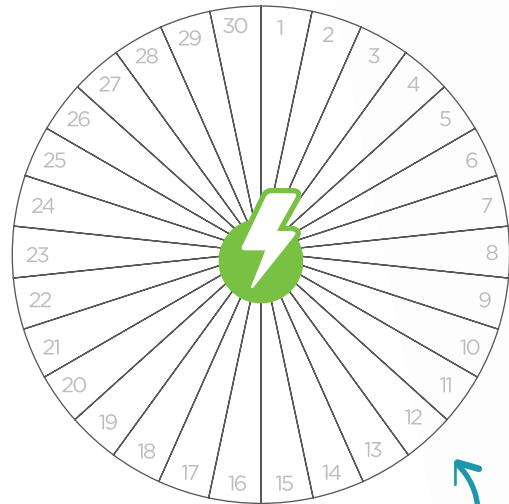
PRINCIPAL APPRENTISSAGE : _____

J'AIMERAIS AMÉLIORER : _____

JE ME PROMETS : _____

J'évalue MES ENTRAÎNEMENTS

JOUR
1 À 30

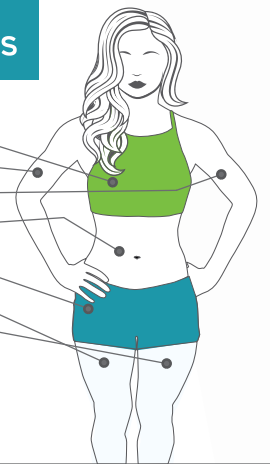


Colorie une tranche pour chaque jour où tu as fait ton entraînement.



J'évalue MES MENSURATIONS

- POITRINE _____
- BRAS DROIT _____
- BRAS GAUCHE _____
- TAILLE _____
- HANCHES _____
- CUISSE DROITE _____
- CUISSE GAUCHE _____
- TOTAL DES POUCES _____
- POIDS _____



PISTES D'ACTIONS

Mon menu



SEMAINE / MOIS / ANNÉE _____

LUNDI

MARDI

MERCREDI

JEUDI

VENDREDI

SAMEDI

DIMANCHE

MES ACHATS

_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>

Choses à faire



SEMAINE / MOIS / ANNÉE _____

MON FOCUS:

Empty box for notes

MON TOP 3

Empty box for notes

MES TÂCHES

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

MES CONTACTS

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

MES ACHATS

_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>
_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>
_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>
_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>
_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>
_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>
_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>
_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>
_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>
_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>

MES HABITUDES

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

L	M	M	J	V	S	D
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

