

Selfcare PLANNER

DATE : _____

(L) (M) (M) (J) (V) (S) (D)

JE SUIS RECONNAISSANT.E DE :

MON SOMMEIL :

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

LE TEMPS ÉTAIT :



MON OBJECTIF BIEN-ÊTRE CETTE SEMAINE :

MON OBJECTIF HYDRATATION :



CE QUI M'A APPORTÉ DE LA JOIE :

LE SOUVENIR QUE JE NE VEUX PAS OUBLIER :

