

PRENDRE SOIN DE SOI

Date

____ / ____ / ____

L M M J V S D

Ma nuit précédente

Heures de sommeil _____ Heure de réveil _____



Verres d'eau



Priorité du jour _____

To do liste de la journée



To do liste du soir



Bilan de la journée



.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....