

CHECK-LIST

Agenda quotidien



VOTRE ALIMENTATION

| LUNDI | MARDI | MERCREDI | JEUDI | VENDREDI | SAMEDI | DIMANCHE |
|-------|-------|----------|-------|----------|--------|----------|
| | | | | | | |



VOTRE SYSTEME DIGESTIF (TRANSIT, BALLONNEMENT, APPÉTIT...)

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|



VOTRE PEAU (UN PEU, MOYENNEMENT, BEAUCOUP.... DE BOUTON, KYSTE)

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|



VOTRE CYCLE (JOUR DU CYCLE, RÈGLE ABONDANTE, SPASMES, ETC...)

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|



DIVERS (STRESS, SUPPLÉMENT, SPORT, SOMMEIL...)

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|