

Date	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"/> ___ / ___ / ___
-------------	--

Heure	Aliments	Gr	K	Total
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
Total Calories				

Notes :

Poids à ___ h ___ : ___, ___ kg

Date	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"/> ___ / ___ / ___
-------------	--

Heure	Aliments	Gr	K	Total
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
Total Calories				

Notes :

Poids à ___ h ___ : ___, ___ kg