



DIARIO ALIMENTARE

Giorno 1 / /

A CHE ORA HAI MANGIATO?	COSA HAI MANGIATO?	COME MAI HAI SCELTO QUESTI ALIMENTI?	COME TI SEI SENTITO/A DOPO?	HAI BEVUTO QUALCOS'ALTRO DURANTE QUESTO PASTO? COSA?	HAI SVOLTO DELL'ATTIVITÀ FISICA OGGI?
Colazione			<input type="checkbox"/> Sazio/a <input type="checkbox"/> Affamato/a <input type="checkbox"/> Nessuno dei precedenti <input type="checkbox"/> Altro		
Spuntino			<input type="checkbox"/> Sazio/a <input type="checkbox"/> Affamato/a <input type="checkbox"/> Nessuno dei precedenti <input type="checkbox"/> Altro		
Pranzo			<input type="checkbox"/> Sazio/a <input type="checkbox"/> Affamato/a <input type="checkbox"/> Nessuno dei precedenti <input type="checkbox"/> Altro		
Spuntino			<input type="checkbox"/> Sazio/a <input type="checkbox"/> Affamato/a <input type="checkbox"/> Nessuno dei precedenti <input type="checkbox"/> Altro		
Cena			<input type="checkbox"/> Sazio/a <input type="checkbox"/> Affamato/a <input type="checkbox"/> Nessuno dei precedenti <input type="checkbox"/> Altro		
Altro?			<input type="checkbox"/> Sazio/a <input type="checkbox"/> Affamato/a <input type="checkbox"/> Nessuno dei precedenti <input type="checkbox"/> Altro		



DIARIO ALIMENTARE

Giorno 2 / /

A CHE ORA HAI MANGIATO?	COSA HAI MANGIATO?	COME MAI HAI SCELTO QUESTI ALIMENTI?	COME TI SEI SENTITO/A DOPO?	HAI BEVUTO QUALCOS'ALTRO DURANTE QUESTO PASTO? COSA?	HAI SVOLTO DELL'ATTIVITÀ FISICA OGGI?
Colazione			<input type="checkbox"/> Sazio/a <input type="checkbox"/> Affamato/a <input type="checkbox"/> Nessuno dei precedenti <input type="checkbox"/> Altro		
Spuntino			<input type="checkbox"/> Sazio/a <input type="checkbox"/> Affamato/a <input type="checkbox"/> Nessuno dei precedenti <input type="checkbox"/> Altro		
Pranzo			<input type="checkbox"/> Sazio/a <input type="checkbox"/> Affamato/a <input type="checkbox"/> Nessuno dei precedenti <input type="checkbox"/> Altro		
Spuntino			<input type="checkbox"/> Sazio/a <input type="checkbox"/> Affamato/a <input type="checkbox"/> Nessuno dei precedenti <input type="checkbox"/> Altro		
Cena			<input type="checkbox"/> Sazio/a <input type="checkbox"/> Affamato/a <input type="checkbox"/> Nessuno dei precedenti <input type="checkbox"/> Altro		
Altro?			<input type="checkbox"/> Sazio/a <input type="checkbox"/> Affamato/a <input type="checkbox"/> Nessuno dei precedenti <input type="checkbox"/> Altro		



DIARIO ALIMENTARE

Giorno 3 / /

A CHE ORA HAI MANGIATO?	COSA HAI MANGIATO?	COME MAI HAI SCELTO QUESTI ALIMENTI?	COME TI SEI SENTITO/A DOPO?	HAI BEVUTO QUALCOS'ALTRO DURANTE QUESTO PASTO? COSA?	HAI SVOLTO DELL'ATTIVITÀ FISICA OGGI?
Colazione			<input type="checkbox"/> Sazio/a <input type="checkbox"/> Affamato/a <input type="checkbox"/> Nessuno dei precedenti <input type="checkbox"/> Altro		
Spuntino			<input type="checkbox"/> Sazio/a <input type="checkbox"/> Affamato/a <input type="checkbox"/> Nessuno dei precedenti <input type="checkbox"/> Altro		
Pranzo			<input type="checkbox"/> Sazio/a <input type="checkbox"/> Affamato/a <input type="checkbox"/> Nessuno dei precedenti <input type="checkbox"/> Altro		
Spuntino			<input type="checkbox"/> Sazio/a <input type="checkbox"/> Affamato/a <input type="checkbox"/> Nessuno dei precedenti <input type="checkbox"/> Altro		
Cena			<input type="checkbox"/> Sazio/a <input type="checkbox"/> Affamato/a <input type="checkbox"/> Nessuno dei precedenti <input type="checkbox"/> Altro		
Altro?			<input type="checkbox"/> Sazio/a <input type="checkbox"/> Affamato/a <input type="checkbox"/> Nessuno dei precedenti <input type="checkbox"/> Altro		



DIARIO ALIMENTARE

Giorno 4 / /

A CHE ORA HAI MANGIATO?	COSA HAI MANGIATO?	COME MAI HAI SCELTO QUESTI ALIMENTI?	COME TI SEI SENTITO/A DOPO?	HAI BEVUTO QUALCOS'ALTRO DURANTE QUESTO PASTO? COSA?	HAI SVOLTO DELL'ATTIVITÀ FISICA OGGI?
Colazione			<input type="checkbox"/> Sazio/a <input type="checkbox"/> Affamato/a <input type="checkbox"/> Nessuno dei precedenti <input type="checkbox"/> Altro		
Spuntino			<input type="checkbox"/> Sazio/a <input type="checkbox"/> Affamato/a <input type="checkbox"/> Nessuno dei precedenti <input type="checkbox"/> Altro		
Pranzo			<input type="checkbox"/> Sazio/a <input type="checkbox"/> Affamato/a <input type="checkbox"/> Nessuno dei precedenti <input type="checkbox"/> Altro		
Spuntino			<input type="checkbox"/> Sazio/a <input type="checkbox"/> Affamato/a <input type="checkbox"/> Nessuno dei precedenti <input type="checkbox"/> Altro		
Cena			<input type="checkbox"/> Sazio/a <input type="checkbox"/> Affamato/a <input type="checkbox"/> Nessuno dei precedenti <input type="checkbox"/> Altro		
Altro?			<input type="checkbox"/> Sazio/a <input type="checkbox"/> Affamato/a <input type="checkbox"/> Nessuno dei precedenti <input type="checkbox"/> Altro		



DIARIO ALIMENTARE

Giorno 5 / /

A CHE ORA HAI MANGIATO?	COSA HAI MANGIATO?	COME MAI HAI SCELTO QUESTI ALIMENTI?	COME TI SEI SENTITO/A DOPO?	HAI BEVUTO QUALCOS'ALTRO DURANTE QUESTO PASTO? COSA?	HAI SVOLTO DELL'ATTIVITÀ FISICA OGGI?
Colazione			<input type="checkbox"/> Sazio/a <input type="checkbox"/> Affamato/a <input type="checkbox"/> Nessuno dei precedenti <input type="checkbox"/> Altro		
Spuntino			<input type="checkbox"/> Sazio/a <input type="checkbox"/> Affamato/a <input type="checkbox"/> Nessuno dei precedenti <input type="checkbox"/> Altro		
Pranzo			<input type="checkbox"/> Sazio/a <input type="checkbox"/> Affamato/a <input type="checkbox"/> Nessuno dei precedenti <input type="checkbox"/> Altro		
Spuntino			<input type="checkbox"/> Sazio/a <input type="checkbox"/> Affamato/a <input type="checkbox"/> Nessuno dei precedenti <input type="checkbox"/> Altro		
Cena			<input type="checkbox"/> Sazio/a <input type="checkbox"/> Affamato/a <input type="checkbox"/> Nessuno dei precedenti <input type="checkbox"/> Altro		
Altro?			<input type="checkbox"/> Sazio/a <input type="checkbox"/> Affamato/a <input type="checkbox"/> Nessuno dei precedenti <input type="checkbox"/> Altro		



DIARIO ALIMENTARE

Giorno 6 / /

A CHE ORA HAI MANGIATO?	COSA HAI MANGIATO?	COME MAI HAI SCELTO QUESTI ALIMENTI?	COME TI SEI SENTITO/A DOPO?	HAI BEVUTO QUALCOS'ALTRO DURANTE QUESTO PASTO? COSA?	HAI SVOLTO DELL'ATTIVITÀ FISICA OGGI?
Colazione			<input type="checkbox"/> Sazio/a <input type="checkbox"/> Affamato/a <input type="checkbox"/> Nessuno dei precedenti <input type="checkbox"/> Altro		
Spuntino			<input type="checkbox"/> Sazio/a <input type="checkbox"/> Affamato/a <input type="checkbox"/> Nessuno dei precedenti <input type="checkbox"/> Altro		
Pranzo			<input type="checkbox"/> Sazio/a <input type="checkbox"/> Affamato/a <input type="checkbox"/> Nessuno dei precedenti <input type="checkbox"/> Altro		
Spuntino			<input type="checkbox"/> Sazio/a <input type="checkbox"/> Affamato/a <input type="checkbox"/> Nessuno dei precedenti <input type="checkbox"/> Altro		
Cena			<input type="checkbox"/> Sazio/a <input type="checkbox"/> Affamato/a <input type="checkbox"/> Nessuno dei precedenti <input type="checkbox"/> Altro		
Altro?			<input type="checkbox"/> Sazio/a <input type="checkbox"/> Affamato/a <input type="checkbox"/> Nessuno dei precedenti <input type="checkbox"/> Altro		



DIARIO ALIMENTARE

Giorno 7 / /

A CHE ORA HAI MANGIATO?	COSA HAI MANGIATO?	COME MAI HAI SCELTO QUESTI ALIMENTI?	COME TI SEI SENTITO/A DOPO?	HAI BEVUTO QUALCOS'ALTRO DURANTE QUESTO PASTO? COSA?	HAI SVOLTO DELL'ATTIVITÀ FISICA OGGI?
Colazione			<input type="checkbox"/> Sazio/a <input type="checkbox"/> Affamato/a <input type="checkbox"/> Nessuno dei precedenti <input type="checkbox"/> Altro		
Spuntino			<input type="checkbox"/> Sazio/a <input type="checkbox"/> Affamato/a <input type="checkbox"/> Nessuno dei precedenti <input type="checkbox"/> Altro		
Pranzo			<input type="checkbox"/> Sazio/a <input type="checkbox"/> Affamato/a <input type="checkbox"/> Nessuno dei precedenti <input type="checkbox"/> Altro		
Spuntino			<input type="checkbox"/> Sazio/a <input type="checkbox"/> Affamato/a <input type="checkbox"/> Nessuno dei precedenti <input type="checkbox"/> Altro		
Cena			<input type="checkbox"/> Sazio/a <input type="checkbox"/> Affamato/a <input type="checkbox"/> Nessuno dei precedenti <input type="checkbox"/> Altro		
Altro?			<input type="checkbox"/> Sazio/a <input type="checkbox"/> Affamato/a <input type="checkbox"/> Nessuno dei precedenti <input type="checkbox"/> Altro		