

# DESAFIO ITAJUBÁ

DOCTOR *Fit*

NOME \_\_\_\_\_



































PESO ATUAL \_\_\_\_\_

QUANTIDADE DE ÁGUA IDEAL \_\_\_\_\_

META \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

	TREINOU HOJE?	QUAL ATIVIDADE FÍSICA?	ÁGUA	ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL
<b>DIA 1</b>	 <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		 L	 <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
<b>DIA 2</b>	 <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		 L	 <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
<b>DIA 3</b>	 <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		 L	 <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
<b>DIA 4</b>	 <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		 L	 <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
<b>DIA 5</b>	 <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		 L	 <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
<b>DIA 6</b>	 <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		 L	 <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
<b>DIA 7</b>	 <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		 L	 <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
<b>DIA 8</b>	 <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		 L	 <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
<b>DIA 9</b>	 <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		 L	 <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
<b>DIA 10</b>	 <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		 L	 <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
<b>DIA 11</b>	 <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		 L	 <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
<b>DIA 12</b>	 <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		 L	 <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

USE ESSE ESPAÇO E O VERSO PARA FAZER UM RECORDATÓRIO ALIMENTAR

