



Nome: _____

Livello: ____ Round (settimana): ____ di 7 Data di inizio: _____

Obiettivo Food Flip:

Mi impegno a sostituire: **✗** _____ (cibo/bevanda meno salutare)

Con: **✓** _____ (alternativa più sana)

Farò di questo flip (cambiamento) una nuova abitudine:

☐ **Completamente** (100% delle volte)

☐ **Parzialmente** (in questi giorni/occasioni specifiche): _____

Riflessione (fine settimana):

- Com'è andata? È stato facile o impegnativo?
- Ho riscontrato benefici o ostacoli imprevisti?
- Come posso rendere questo *flip* ancora più piacevole e sostenibile?

Note e osservazioni:

Ricorda:

- Festeggia i tuoi successi, grandi e piccoli!
- Sii gentile con te stesso e non scoraggiarti per le battute d'arresto.
- Continua a giocare, un flip alla volta, e osserva come la tua salute si trasforma!

È stato utile?

Scatta una foto di questa pagina e inviala a fabio@fabdelta.it, mi piacerebbe vedere i tuoi progressi!