NAME: _____

	MON			TUE			WED			THU			FRI			SAT			SUN		
Food/Nutrition	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
	4	5	6	4	5	6	4	5	6	4	5	6	4	5	6	4	5	6	4	5	6
Hydration	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
	4	5	6	4	5	6	4	5	6	4	5	6	4	5	6	4	5	6	4	5	6
Movement	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
	4	5	6	4	5	6	4	5	6	4	5	6	4	5	6	4	5	6	4	5	6
Sleep	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
	4	5	6	4	5	6	4	5	6	4	5	6	4	5	6	4	5	6	4	5	6
Meditation	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
	4	5	6	4	5	6	4	5	6	4	5	6	4	5	6	4	5	6	4	5	6
Gratitude	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
	4	5	6	4	5	6	4	5	6	4	5	6	4	5	6	4	5	6	4	5	6