

30-Day Jump-Start Tracking Sheet: Phase 1 Days 1-7

Commencer Le Défi 30 Jours Feuille De Suivi: Phase 1 Jours 1 à 7



NAME: / NOM: _____ DATE: _____

WAKE-UP / LÉVER	<input type="checkbox"/> Mix one packet of Isotonix Daily Essentials with exactly 1 cup/240 ml of water, drink immediately and wait 20 minutes before eating or drinking anything else.* / Mélanger un sachet d'Isotonix Daily Essentials avec exactement 1 tasse d'eau, boire immédiatement et attendre 20 minutes avant de manger ou de boire autre chose.*	Time / Horaire _____
20 MIN. LATER / 20 MIN. PLUS TARD	<input type="checkbox"/> Take one Probiotics-10 tablet. / Prendre un comprimé de libération de la plaquette alvéolée Prendre un comprimé de Probiotics-10.	Time / Horaire _____
	<input type="checkbox"/> Squeeze ½ lemon in 1 cup/240 ml warm water and drink immediately. / Presser ½ citron dans 1 tasse d'eau tiède et boire immédiatement.	Time / Horaire _____
BREAKFAST / DÉJEUNER	<input type="checkbox"/> 1 serving fruit / 1 portion de fruits _____ <input type="checkbox"/> 1 serving protein / 1 portion de protéine _____ <input type="checkbox"/> 3+ servings vegetables / 3 portions et plus de légumes _____	Time / Horaire _____
MID-MORNING SNACK / COLLATION DE L'AVANT-MIDI	<input type="checkbox"/> 1 cup water / 1 tasse d'eau _____ <input type="checkbox"/> 1 serving fruit / 1 portion de fruits _____	Time / Horaire _____
LUNCH / DÎNER	<input type="checkbox"/> 2 cups water / 2 tasses d'eau <input type="checkbox"/> 1 serving good fat / 1 portion de bon gras _____ <input type="checkbox"/> 3+ servings vegetables / 3 portions et plus de légumes _____	Time / Horaire _____
AFTERNOON SNACK / COLLATION D'APRÈS-MIDI	<input type="checkbox"/> 1 cup water / 1 tasse d'eau <input type="checkbox"/> 1 serving fruit / 1 portion de fruits _____ <input type="checkbox"/> 2+ servings vegetables / 2 portions et plus de légumes _____	Time / Horaire _____
DINNER / SOUPER	<input type="checkbox"/> 2 cups water / 2 tasses d'eau <input type="checkbox"/> 1 serving protein / 1 portion de protéine _____ <input type="checkbox"/> 1 serving good fat / 1 portion de bon gras _____ <input type="checkbox"/> 3+ servings vegetables / 3 portions et plus de légumes _____	Time / Horaire _____
EVENING SNACK (OPTIONAL) / COLLATION DE SOIRÉE (OPTIONEL)	<input type="checkbox"/> 1 cup water / 1 tasse d'eau _____ <input type="checkbox"/> 1 serving vegetable / 1 portion de légumes _____	Time / Horaire _____
BEFORE BED / AVANT LE COUCHER	<input type="checkbox"/> Take 2 capsule with 8 fl. ounces of water. / Prendre 2 capsule avec 8 fl. onces d'eau	Time / Horaire _____

Other supplements? / D'autres compléments _____ Water / Eau: Sleep / Sommeil: _____ hours/heures

Comments / Commentaires: _____

30-Day Jump-Start Tracking Sheet: Phase 2 Days 8-30

Commencer Le Défi 30 Jours Feuille De Suivi: Phase 2 Jours 8 à 30



NAME: / NOM: _____ DATE: _____

WAKE-UP / LEVER	<input type="checkbox"/> Mix 1 packet of the Isotonix Daily Essentials with exactly 1 cup of water, drink immediately and wait 20 minutes before eating or drinking anything else* / Mélanger 1 sachet d'Isotonix Daily Essentials avec exactement 1 tasse d'eau, boire immédiatement et attendre 20 minutes avant de manger ou de boire autre chose*.	Time / Horaire _____
20 MIN. LATER / 20 MIN. PLUS TARD	<input type="checkbox"/> Take one Probiotics 10 tablet / Prendre un comprimé de Probiotics 10	Time / Horaire _____
SUPPLEMENT / COMPLÉMENTS	<input type="checkbox"/> Take 1 tablet of ACTS with breakfast. / Prendre 1 comprimé de ACTS avec le déjeuner.	Time / Horaire _____
BREAKFAST / DÉJEUNER	<input type="checkbox"/> 2 cups water / 2 tasses d'eau <input type="checkbox"/> 1 serving protein / 1 portion de protéine _____ <input type="checkbox"/> 3 servings vegetables / 3 portions de légumes _____	Time / Horaire _____
MID-MORN-ING SNACK / COLLATION DE L'AVANT-MIDI	<input type="checkbox"/> 2 scoops Nutrition Shake with 1 cup water / 2 portions de Nutrition Shake avec un verre d'eau <input type="checkbox"/> 1 serving fruit / 1 portion de fruits _____	Time / Horaire _____
SUPPLEMENT / COMPLÉMENTS	<input type="checkbox"/> Take 1 tablet of ACTS with lunch.* / Prendre 1 comprimé de ACTS avec le dîner.	Time / Horaire _____
LUNCH / DÎNER	<input type="checkbox"/> 2 cups water / 2 tasses d'eau <input type="checkbox"/> 1 serving protein / 1 portion de protéine _____ <input type="checkbox"/> 1 serving good fat / 1 portion de bon gras _____ <input type="checkbox"/> 2 servings vegetables / 2 portions de légumes _____	Time / Horaire _____
AFTERNOON SNACK / COLLATION D'APRÈS-MIDI	<input type="checkbox"/> 1 serving of protein / 1 portion de protéine <input type="checkbox"/> 2 servings vegetables / 2 portions de légumes _____	Time / Horaire _____
DINNER / SOUPER	<input type="checkbox"/> 2 cups water / 2 tasses d'eau <input type="checkbox"/> 1 serving protein / 1 portion de protéine _____ <input type="checkbox"/> 1 serving good fat / 1 portion de bon gras _____ <input type="checkbox"/> 3 servings vegetables / 3 portions de légumes _____	Time / Horaire _____

EXERCISE / EXERCICE	<input type="checkbox"/> Type: _____ Minutes: _____	Time / Horaire _____
POST-WORK-OUT SNACK / COLLATION APRÈS L'ENTRAÎNEMENT	<input type="checkbox"/> 1 serving of protein within 30 minutes of exercise / 1 portion de protéine dans les 30 minutes après l'exercice _____	Time / Horaire _____

Other supplements? / D'autres compléments _____ Water / Eau: Sleep / Sommeil: _____ hours/heures

Comments / Commentaires: _____
