

DZIENNIK UCZUĆ

Imię i nazwisko:..... Numer karty: Tydzień:

UCZUCIE poczułem/am	ZDARZENIE (myśl, przypomnienie) kiedy?	CO DZIAŁO SIĘ w moim ciele	Czy było to dla mnie PRZYJEMNE czy NIEPRZYJEMNE?	Jak się zachowałem/am? Bo zrobiłem/am?