Plan dbania o siebie dla opiekuna

Imię i nazwisko _____

Tydzień od _____

Moje sygnały ostrzegawcze, że mam za dużo na głowie

Co pomaga mi odzyskać siły

Kto może mnie zastąpić

PRZERWY W TYM TYGODNIU

	Moja przerwa	Kto mnie zastąpi
poniedziałek		
wtorek		
środa		
czwartek		
piątek		
sobota		
niedziela		

Jednej rzeczy, której odmówię