

HOSMI

Stimulation olfactive

JOUR n° _____

Décrivez la sensation ressentie ou l'odeur que vous pensez reconnaître.

N° DU FLACON	SENSATION / ODEUR RECONNUE	
	MATIN	
	SOIR	
	MATIN	
	SOIR	
	MATIN	
	SOIR	
	MATIN	
	SOIR	
	MATIN	
	SOIR	
	MATIN	
	SOIR	

Décrivez votre état général de la journée (fatigué.e, stressé.e, reposé.e, nez bouché...):

Bon entrainement !
L'équipe d'Hosmi.