

Min förändringsplan

Datum.....

Förändringar som jag vill göra:	
Hur viktigt är det att göra dessa förändringar? (på en skala 1 - 10)	
Hur säker är jag på att kunna genomföra dessa förändringar? (på en skala 1 - 10)	
De viktigaste skälen till att jag vill göra dessa förändringar är:	
Hur andra personer kan hjälpa mig:	
Person	Vilken sorts hjälp
Jag vet att min plan fungerar när:	
Några saker som skulle hindra att jag kan uppfylla min plan är:	