








Semaine du _____ au _____

	Mon humeur 	Biberons 	Dîner 	Sieste 	Selles 	Ma santé 
Lundi	<input type="checkbox"/> bonne <input type="checkbox"/> triste <input type="checkbox"/> fatigué	____ h ____ oz ____ h ____ oz ____ h ____ oz	<input type="checkbox"/> bien <input type="checkbox"/> moyen <input type="checkbox"/> peu	<input type="checkbox"/> dormi <input type="checkbox"/> reposé Am : _____ Pm : _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> dure <input type="checkbox"/> diarrhée	<input type="checkbox"/> bonne <input type="checkbox"/> malade <input type="checkbox"/> a surveiller
Mardi	<input type="checkbox"/> bonne <input type="checkbox"/> triste <input type="checkbox"/> fatigué	____ h ____ oz ____ h ____ oz ____ h ____ oz	<input type="checkbox"/> bien <input type="checkbox"/> moyen <input type="checkbox"/> peu	<input type="checkbox"/> dormi <input type="checkbox"/> reposé Am : _____ Pm : _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> dure <input type="checkbox"/> diarrhée	<input type="checkbox"/> bonne <input type="checkbox"/> malade <input type="checkbox"/> a surveiller
Mercredi	<input type="checkbox"/> bonne <input type="checkbox"/> triste <input type="checkbox"/> fatigué	____ h ____ oz ____ h ____ oz ____ h ____ oz	<input type="checkbox"/> bien <input type="checkbox"/> moyen <input type="checkbox"/> peu	<input type="checkbox"/> dormi <input type="checkbox"/> reposé Am : _____ Pm : _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> dure <input type="checkbox"/> diarrhée	<input type="checkbox"/> bonne <input type="checkbox"/> malade <input type="checkbox"/> a surveiller
Jeudi	<input type="checkbox"/> bonne <input type="checkbox"/> triste <input type="checkbox"/> fatigué	____ h ____ oz ____ h ____ oz ____ h ____ oz	<input type="checkbox"/> bien <input type="checkbox"/> moyen <input type="checkbox"/> peu	<input type="checkbox"/> dormi <input type="checkbox"/> reposé Am : _____ Pm : _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> dure <input type="checkbox"/> diarrhée	<input type="checkbox"/> bonne <input type="checkbox"/> malade <input type="checkbox"/> a surveiller
Vendredi	<input type="checkbox"/> bonne <input type="checkbox"/> triste <input type="checkbox"/> fatigué	____ h ____ oz ____ h ____ oz ____ h ____ oz	<input type="checkbox"/> bien <input type="checkbox"/> moyen <input type="checkbox"/> peu	<input type="checkbox"/> dormi <input type="checkbox"/> reposé Am : _____ Pm : _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> dure <input type="checkbox"/> diarrhée	<input type="checkbox"/> bonne <input type="checkbox"/> malade <input type="checkbox"/> a surveiller

Commentaire de éducatrice en service de garde : _____
