

# TABLEAU DE SUIVI DES TRAITEMENTS

DIRECTEUR/TRICE DU SÉJOUR :

SÉJOUR :

SEMAINE :

1  2  3

ASSISTANT(E) SANITAIRE DU SÉJOUR :

DATES :

NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT	TRAITEMENT PRESCRIT	LUNDI					MARDI					MERCREDI					JEUDI					VENDREDI					SAMEDI					DIMANCHE				
		MAT	MID	GOÛ	SOIR	COU	MAT	MID	GOÛ	SOIR	COU	MAT	MID	GOÛ	SOIR	COU	MAT	MID	GOÛ	SOIR	COU	MAT	MID	GOÛ	SOIR	COU	MAT	MID	GOÛ	SOIR	COU					