

Les bons repas de _____

Date _____

	ALIMENTS CONSOMMÉS ET CARACTÉRISTIQUES (TEXTURE, TEMPÉRATURE...)	HEURE DU REPAS	APPRÉCIATION DE L'ENFANT	RÉACTIONS ALLERGIQUES OBSERVÉS / HEURES	NOUVEL ALIMENT ?
DEJEUNER	_____ _____ _____		 <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____	
COLLATION	_____ _____ _____		 <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____	
DINER	_____ _____ _____		 <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____	
COLLATION	_____ _____ _____		 <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____	
SOUPER	_____ _____ _____		 <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____	
COLLATION	_____ _____ _____		 <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____	