

## DOSSIER DE PRE-ADMISSION

Clinique du Château de Vernhes  
Tél : 05 61 37 27 27 Mail : [service.admission@cliniquevernhes.fr](mailto:service.admission@cliniquevernhes.fr)  
Site internet : [www.cliniquebondigoux.fr](http://www.cliniquebondigoux.fr)

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous allez prochainement être hospitalisé(e) au sein de la Clinique du Château de Vernhes. Les praticiens, l'ensemble du personnel et la Direction vous remercient de votre confiance.

Vous devrez **lire et compléter** les différents documents composant ce livret qui sont **indispensables** pour faciliter votre admission dans notre établissement.

### PIECES A RETOURNER OBLIGATOIREMENT :

- Copie de l'**attestation de la sécurité sociale**, ou, à défaut, copie de votre carte vitale en cours de validité
- Copie **recto/verso de votre carte mutuelle en cours de validité**
- Copie **recto/verso de votre pièce d'identité en cours de validité** (carte d'identité ou passeport)
- Copie de l'**attestation de déclaration de votre médecin traitant**, si cette mention n'est pas notée sur l'attestation de sécurité sociale
- Formulaire N°1 : Fiche d'admission médicale** à faire compléter et tamponner par votre médecin.  
Ce document est indispensable pour la validation de votre demande d'admission. Merci de joindre obligatoirement la copie de votre ordonnance de médicaments en cours.
- Formulaire N°2 : Fiche administrative** à complétée recto-verso
- Formulaire N°3 : Désignation de la personne de confiance** (à faire signer obligatoirement par la personne désignée)
- Formulaire N°4 : Engagement à suivre la réglementation concernant la substitution des traitements**
- Formulaire N°5 : Autorisation d'accès aux informations de santé**
- Un chèque de caution de 200€** à l'ordre de la Clinique du Château de Vernhes  
(ce chèque vous sera restitué à la fin du séjour si la prise en charge est compétente et les factures acquittées. Il pourra être encaissé en cas de non-paiement des factures ou dégradation du matériel)
- Formulaire N°6 A REMETTRE LE JOUR DE L'ENTREE (à la diététicienne): Fiche « Mes repas des 3 derniers jours »**

**MERCI** de retourner le dossier **COMPLET** par courrier, à l'adresse suivante :

**Service d'admission-Clinique du Château de Vernhes, 31340 BONDIGOUX**

**NB :** En cas de dossier **incomplet** votre demande d'hospitalisation **ne pourra pas être prise en compte**





## I. AVANT L'ADMISSION :

### 1. Vous devez vous renseigner sur les conditions de prise en charge auprès de votre mutuelle

- **L'établissement est conventionné par la sécurité sociale. Néanmoins, certains frais peuvent rester à votre charge ou celle de votre mutuelle :**
  - 20% des frais de séjour (= ticket modérateur), du forfait d'admission, des frais d'honoraires ou forfait hospitalier
  - la chambre particulière (tarifs ci-joint)
- **Il est donc impératif de connaître vos droits et d'obtenir une garantie écrite de la part de votre mutuelle avant votre admission en fournissant les informations suivantes :**
  - Numéro FINESS de l'établissement : 310780374
  - La durée du séjour : trois semaines (22 jours)
  - Le secteur d'hospitalisation : Réadaptation Nutritionnelle (= DMT 171) ou (= DMT 168 obésité si IMC  $\geq$  40 kg/m<sup>2</sup>) ou Soins de Suite (DMT 185)

**Le Bureau des Entrées se chargera d'obtenir la prise en charge hospitalière définitive le jour de l'admission.**

### **ATTENTION : CAS PARTICULIERS**

- **Mutuelles de la Fonction Publique** : démarche à faire sauf pour la MGEN. Merci de noter qu'une participation reste à votre charge pour la chambre particulière, généralement de 16€/jour

- **PAS DE TIERS PAYANT pour les mutuelles ci-dessous** : ACTIL, AON, ASSUREMA, AVIVA, CAMIEG, CEGEMA, ECA, GAN, GENERALI, IDENTITES MUTUELLES, MIEUX ETRE, MUTUELLE DU MINISTERE DE LA JUSTICE (MMJ), NEOLIANE, SOLLY AZAR, SWISS LIFE.

Vous devrez donc faire l'avance intégrale des frais liés à votre séjour avant votre sortie.

- **PAS DE TIERS PAYANT pour les frais de chambre particulière** : ALMERYS et VIAMEDIS

- **ALD à 100%** : les frais de chambre particulière, forfait hospitalier et forfait de sortie sont à votre charge ou celle de votre mutuelle

- **Si vous percevez la C2S (Complémentaire Santé Solidaire) de l'Assurance Maladie** : les frais de chambre particulière restent intégralement à votre charge, quel que soit le contrat avec votre mutuelle.

**Enfin à défaut de prise en charge ou en cas de couverture partielle, nous vous présenterons les factures de manière hebdomadaire.**

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à vous prendre en charge dans les meilleures conditions possibles. Les destinataires des données sont des professionnels soumis au secret médical.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à la direction de la Clinique du Château de Vernhes.

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.



## II. LE JOUR DE L'ENTREE :

**Vous devez vous présenter au Bureau des Entrées avec les originaux suivants :**

### DOCUMENTS ADMINISTRATIFS :

- Votre carte vitale,
- Votre carte mutuelle,
- Votre pièce d'identité (carte d'identité ou passeport)
- Le livret de famille si votre pièce d'identité n'est pas conforme (changement de situation familiale, erreur date de naissance) ou une copie du jugement justifiant le changement de nom
- Votre prise en charge mutuelle, si celle-ci n'a pas pu être jointe au dossier de préadmission
- Votre attestation justifiant de l'C2S (Complémentaire Santé Solidaire)



### DOCUMENTS MEDICAUX pour le médecin :

- Vos ordonnances en cours (médecin généraliste et spécialistes)
- Les comptes rendus de vos dernières consultations médicales (cardiologie, angiologie, neurologie, ophtalmologie etc.)
- Les derniers comptes rendus d'hospitalisation
- Les résultats de biologie datant de moins de 3 mois
- Les derniers résultats d'imagerie

**Vous devez prévoir dans votre valise :**

- Vos effets personnels : vêtements, affaires de toilette etc.
- Des tenues de sport avec chaussures adéquates afin de participer aux différentes activités
- Un bloc-notes
- Un stylo

### Informations IMPORTANTES :

L'ensemble des chambres de l'établissement sont équipées de coffres individuels. Néanmoins, lors de votre séjour nous vous demandons de ne pas garder sur vous d'argent ou d'objets de valeur.

En effet, suivant le Décret n° 93-550 du 27 mars 1993 portant application de la loi n° 92-614 du 6 juillet 1992 :  
« l'établissement décline toute responsabilité en cas de vol ou de détérioration d'effets personnels commis dans l'enceinte ou sur le parking de l'établissement. »

Nous vous invitons à prendre connaissance de l'ensemble des informations relatives à notre établissement directement sur notre site internet : [www.cliniquebondigoux.fr](http://www.cliniquebondigoux.fr)

## TARIFS AU 01/03/2020

(Annexe financière ARS du 13/07/2020 applicable au 01/03/2020)  
(sous réserve d'un changement de tarifs avant ou pendant votre séjour)

POUR TOUS LES SECTEURS (sauf Hospitalisation de Jour)	Tarif général	Dont reste à charge de la mutuelle ou du patient
<b>FORFAIT D'ENTREE</b> (facturé une seule fois le jour d'entrée)	63.71€	12.74€
<b>20% DES HONORAIRES</b> sur les actes qui auront été effectués pendant le séjour		20% des actes
<b>FORFAIT DE SORTIE</b> (facturé une seule fois à la sortie)	20.00€	20.00€ *
<b>PMS</b> (Forfait prescription PMSI) <b>1 chaque dimanche + 1 le jour de la sortie</b>	5.88€	
<b>FORFAIT HOSPITALIER</b>	20.00€/jour	20.00€/jour *
<b>CHAMBRE PARTICULIERE</b>	51.00€/jour	51.00€/jour *
<b>PH7</b> (Médicaments prescrits pendant le séjour mais différents de la pathologie qui a motivé le séjour)		Montant variable
<b>Secteur SOINS DE SUITE POLYVALENT, REPOS ET CONVALESCENCE (DMT 185) SSC.</b>	<b>Tarif général</b>	<b>Dont reste à charge de la mutuelle ou du patient</b>
<b>PRIX DE JOURNEE</b>	98.33€/jour	19.66€/jour
<b>CHAMBRE D'ISOLEMENT</b> (soumise à prescription médicale)	16.93€/jour	3.38€/jour
<b>Secteur AFFECTIONS DE LA PERSONNE AGEE POLYPATHOLOGIQUE DEPENDANTE OU A RISQUE DE DEPENDANCE (DMT 466) PAP.</b>	<b>Tarif général</b>	<b>Dont reste à charge de la mutuelle ou du patient</b>
<b>PRIX DE JOURNEE</b>	139.00€/jour	27.80€/jour
<b>CHAMBRE D'ISOLEMENT</b> (soumise à prescription médicale)	16.93€/jour	3.38€/jour
<b>Secteur REGIME (DMT 171) REG.</b>	<b>Tarif général</b>	<b>Dont reste à charge de la mutuelle ou du patient</b>
<b>PRIX DE JOURNEE</b>	108.32€/jour	21.66€/jour
<b>CHAMBRE D'ISOLEMENT</b> (soumise à prescription médicale)	18.08€/jour	3.61€/jour
<b>Secteur OBESITE MORBIDE : IMC ≥ 40kg/m2 (DMT 168) MORB</b>	<b>Tarif général</b>	<b>Dont reste à charge de la mutuelle ou du patient</b>
<b>PRIX DE JOURNEE</b>	207.77€/jour	41.55€/jour
<b>CHAMBRE D'ISOLEMENT</b> (soumise à prescription médicale)	18.08€/jour	3.61€/jour
<b>Secteur HOSPITALISATION A TEMPS PARTIEL DE JOUR (DMT 171) REGIME</b>	<b>Tarif général</b>	<b>Dont reste à charge de la mutuelle ou du patient</b>
<b>S.N.S</b> (frais de séances de soins)	124.66€/jour	24.93€/jour
<b>PMS</b> (Forfait prestation PMSI)	5.95€/jour	

\* Prestations restant à charge du patient ou de sa mutuelle même s'il bénéficie d'une couverture à 100% par le régime obligatoire.



## TARIFS AU 01/03/2020

(sous réserve d'un changement de tarifs avant ou pendant votre séjour)

SEJOUR ACCOMPAGNANT	A votre charge
LA NUIT + LE PETIT DEJEUNER	21.00€
LE DEJEUNER ou LE DINER	11.00€
LE GOUTER	2.00€
LE REPAS ENFANT (- 12 ans)	7.00€
FRAIS DIVERS	
TELEVISION	3.20€/jour
TELEPHONE : Branchement de la ligne	5.00€
TELEPHONE : Crédit d'appel minimum (appels vers numéros spéciaux et étrangers impossibles)	7.00€
PROTECTIONS POUR INCONTINENCE (vendues par paquet de 14, de 20 ou de 26)	0.50€ à 2.00€ pc

## INFORMATIONS TRANSPORTS

Si vous avez un véhicule, un parking est à votre disposition à l'entrée de l'établissement, le deuxième parking étant strictement réservé au personnel.

Si vous avez une carte de stationnement pour personne handicapée, des places vous sont réservées (voir à la réception).

Si votre état de santé le nécessite, le médecin prescripteur de votre séjour pourra vous prescrire un transport médicalisé. Seuls les transports pour l'entrée et la sortie de l'établissement sont pris en charge sur justification médicale.

Le choix du type du véhicule (taxi, Véhicule sanitaire Léger, ambulance) sera prescrit par votre médecin.

Vous avez le choix de la société de transport mais assurez-vous qu'il s'agit bien d'une société agréée pour les transports médicalisés (Liste à consulter sur le site : [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)).

Pour les trajets au-delà de 150km, la demande d'accord préalable de transport, valant prescription médicale, doit être établie pour l'aller et le retour par le médecin prescripteur de votre séjour.

Vous devez conserver le volet 3 de cette demande et en faire une copie : le volet 3 devra être remis au transporteur et la copie à la clinique.

Les autres volets doivent être envoyés à votre Caisse de Sécurité Sociale dès que vous aurez obtenu une date d'entrée prévisionnelle.

S'il n'y a pas de refus sous 15 jours, la Caisse indique que « l'absence de réponse sous 15 jours, vaut accord » ou si vous recevez un accord, merci de nous l'adresser.

## Fiche d'admission médicale

A compléter obligatoirement par le médecin prescripteur du séjour

### A compléter par le patient

Nom : ..... Nom de naissance:.....  
 Prénom : ..... Sexe :  M  F  
 Date de naissance : ..... N°SS : .....  
 Adresse postale : .....  
 Mail : ..... Téléphone : .....  
 Médecin prescripteur : ..... Téléphone du Médecin : .....  
 Déjà venu(e) dans l'établissement :  Oui  
 Non Date du dernier séjour : .....  
 Médecin référent lors du dernier séjour : .....  
 A renseigner obligatoirement : 100% ALD  Oui : motif.....  
 Non

### A compléter par le médecin prescripteur

Motif d'hospitalisation : .....  
 Secteur souhaité :  Soins de suite  Nutrition  Séjour Ambulatoire (Journée HDJ)  
 Pathologies associée : .....  
 (Merci de joindre une lettre spécifiant la demande)

### Etat Clinique : (mentions à remplir pour validation de la demande)

Poids : ..... Taille : ..... IMC : .....  
 Soins d'hygiène :  Autonome  Aide Partielle  Dépendant  
 Elimination :  Autonome  Aide Partielle  Dépendant sonde urinaire Stomie : .....  
 Alimentation :  Autonome  Aide Partielle  Dépendant alim entérale  Alim parentérale  
 Respiration :  Autonome  Oxygénothérapie  Trachéotomie  App apnée sommeil (CPAP ou VNI)  
 Mobilisation :  Autonome  Aide Partielle  Dépendant  Béquille, canne  Déambulateur  Fauteuil roulant  
 Troubles du comportement :  Oui : à préciser.....  Non  
 (Merci de fournir un certificat médical de compatibilité avec un séjour en établissement SSR non psychiatrique)

Plaies (préciser type de localisation) : .....  
 Infection(s) : Site : ..... Germe : .....

Projet médical : .....  
 Projet social (devenir – démarches en cours):.....  
 .....

Présence d'un traitement :  Non  Oui : si oui, fournir obligatoirement la copie des ordonnances en cours

Médecin prescripteur : Dr : .....

Mail : .....

Tel : .....

Fax : .....

Date : .....

Signature et Cachet :



## Fiche administrative

(A compléter recto et verso)

NOM MARITAL : ..... SEXE :  M  F

NOM DE NAISSANCE:..... PRENOM:.....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance :.....

Situation Familiale : ..... Nationalité :.....

Personnes à charge (Noms et liens de parenté) :  
.....  
.....

Situation Professionnelle :.....

Votre Adresse :.....

Code Postal :..... Ville :.....

Téléphone :..... Portable :.....

Mail :.....

### CAISSE DE SECURITE SOCIALE ou ORGANISME OBLIGATOIRE ( nom et adresse) :

.....

Nom et Prénom de l'assuré(e): .....

Né(e) le :..... Numéro Sécurité sociale :.....

Bénéficiaires :  Assuré(e), conjoint, enfant, concubins  Ascendant

Etes-vous à 100% ALD ?  Oui  Non

Etes-vous bénéficiaire de la C2S (Complémentaire Santé Solidaire) ?  Oui  Non

MUTUELLE (Nom et adresse) : .....

.....

### POSITION JURIDIQUE SOUS TUTELLE SOUS CURATELLE

NOM ET ADRESSE : .....

### SI CE N'EST PAS LE PATIENT QUI REGLE LES FACTURES, VEUILLEZ INDIQUER CI-DESSOUS LES COORDONNEES :

Nom:..... Prénom :.....

Votre Adresse :.....

Code Postal :..... Ville :.....

Téléphone :..... Portable :.....

Qualité : .....

**COORDONNEES DE LA PERSONNE A PREVENIR (à renseigner obligatoirement)**

Nom, Prénom, Lien de Parenté	Adresse	Téléphone

**MEDECIN TRAITANT :** Nom : ..... Prénom:.....

Adresse complète : .....

Téléphone : ..... Fax:..... Mail :.....

**Autres médecins spécialistes** (compléter par nom, prénom, spécialité, adresse, téléphone, mail) :  
 .....  
 .....

**MEDECIN QUI PRESCRIT LE SEJOUR :** Nom : ..... Prénom:.....

Adresse complète : .....

Téléphone : ..... Fax:..... Mail :.....

**COORDONNEES DE VOTRE PHARMACIE :** Nom : ..... Téléphone :.....

Code postal : ..... Ville :.....

**Si vous avez déjà effectué un séjour dans notre établissement, merci de préciser la date :** .....

Souhaitez-vous être pris en charge par la même équipe médicale et paramédicale ?  Oui  Non

Si oui, précisez le nom du médecin qui vous a suivi :  
 .....

**CHAMBRE PARTICULIERE :**

- Je souhaite une chambre double
- Je souhaite une chambre particulière et m'engage à régler les éventuels suppléments restant à ma charge (A noter que nous ne pouvons garantir une chambre particulière le jour de votre arrivée. Nous mettrons tout en œuvre pour satisfaire votre demande dans les plus brefs délais)
- J'accepte d'être en chambre double une partie de mon séjour
- Je souhaite impérativement une chambre particulière et je suis prêt(e) à décaler ma date d'entrée
- Je suis bénéficiaire de la C2S (Complémentaire Santé Solidaire) et je m'engage à régler le montant de la chambre particulière

**DATE :** .....

**SIGNATURE :**



### III. LA PERSONNE DE CONFIANCE :

#### QUI PEUT ETRE LA « PERSONNE DE CONFIANCE » ?

- Toute personne majeure de votre entourage en qui vous avez confiance et qui est d'accord pour assumer cette mission : conjoint, enfants, parents, un proche, votre médecin....

#### QUEL EST SON ROLE ?

- La personne de confiance peut vous accompagner dans vos démarches liées à votre santé et , si un jour vous êtes hors d'état d'exprimer votre volonté, elle sera consultée en priorité pour l'exprimer.

#### QUAND LA DESIGNER ? COMMENT ?

- Vous pouvez la désigner à tout moment, que vous soyez en bonne santé, malade ou porteur d'un handicap.
- La désignation doit se faire par écrit, sur le document ci-joint.
- Il est également possible de renseigner la personne de confiance sur votre DMP.



#### QUE SONT LES « DIRECTIVES ANTICIPEES » ?

- Les directives anticipées permettent d'exprimer, par avance, la volonté de poursuivre, limiter, arrêter ou refuser des traitements ou actes médicaux, si un jour vous n'étiez plus en mesure de le faire vous-même.
- C'est un document écrit, daté et signé par lequel **vous rédigez vos volontés concernant votre fin de vie.**

#### QUI PEUT REDIGER LES « DIRECTIVES ANTICIPEES » ?

- Toute personne majeure qui souhaite faire connaître ses volontés concernant sa fin de vie





**Formulaire de désignation de la Personne de Confiance**  
 (Au sens de l'article L.1111-6 du Code de santé publique)

**Je soussigné(e) nom, prénom, date et lieu de naissance**

.....  
 .....

**Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance**

**Je souhaite désigner une personne de confiance en remplissant les informations suivantes :**

- Nom, prénoms : .....
- Adresse : .....
- Téléphone privé : ..... Téléphone professionnel : .....
- Téléphone portable : .....
- E-mail : .....

**J'ai écrit mes directives anticipées :**

OUI  NON

**La personne de confiance a un exemplaire signé de mes directives anticipées :**

OUI  NON\*

**\*Si la personne de confiance ne les a pas, merci de nous les transmettre le jour de l'entrée.**

**Le patient n'est pas en mesure de désigner sa personne de confiance**

Fait à : ..... Le : .....

Signature :

Signature de la personne de confiance :

## CAS PARTICULIER

**Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire de désignation de la personne de confiance**

Deux personnes peuvent attester ci-dessous que la désignation de la personne de confiance, décrite dans le formulaire précédent, est bien l'expression de votre volonté.

**Témoins 1 : Je soussigné(e)**

Noms et prénoms : .....

Qualité (lien avec la personne) : .....

*atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de*

*M* .....

→ que M ..... lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si elle n'est plus apte à s'exprimer  OUI  NON

→ que M ..... lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées  OUI  NON

Fait à : ..... le : .....

Signature :

**Témoins 2 : Je soussigné(e)**

Noms et prénoms : .....

Qualité (lien avec la personne) : .....

*atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de*

*M* .....

→ que M ..... lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si elle n'est plus apte à s'exprimer  OUI  NON

→ que M ..... lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées  OUI  NON

Fait à : ..... le : .....

Signature :



AU 1<sup>er</sup> JANVIER 2020

Nouvelle réglementation  
pour LA SUBSTITUTION par les  
médicaments génériques



Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020, la réglementation pour la substitution des traitements a évolué et exige que la mention « non substituable » soit motivée et justifiée **UNIQUEMENT** par l'un des deux motifs ci-dessous.

En dehors de ces deux cas, la non substitution ne sera pas acceptée.

**(MTE) PRESCRIPTION DE MEDICAMENT A MARGE THERAPEUTIQUE ETROITE :**

Lorsque le patient est stabilisé avec un médicament bien précis.

**(Médicaments concernés :** Lamotrigine, Prégabaline, Zonisamide, Lévétiracétam, Topiramate, Valproate de Sodium, Lévothyroxine, Mycophénolate Mofetil, Buprénorphine, Azathioprine, Ciclosporine, Everolimus, Mycophénolate Sodique)

**(CIF) CONTRE INDICATION FORMELLE ET DEMONTREE :**

En cas d'allergie à un excipient (substance) présent dans le médicament.

Par ailleurs, vos traitements personnels apportés depuis votre domicile doivent respecter le conditionnement suivant :

- Etre dans les **boîtes et blisters** d'origine comprenant le **numéro de lot** et la **date de péremption**.
- **Les piluliers avec des comprimés en vrac ne seront pas acceptés !**



Merci de renseigner et de renvoyer le formulaire ci-joint. Faute de retour de ce dernier, votre dossier sera considéré comme **INCOMPLET**.

Nous vous remercions de votre compréhension.





## Engagement à suivre la réglementation concernant la substitution des traitements

Je soussigné(e) nom, prénom, date et lieu de naissance

.....  
.....

**Reconnais :**

- Avoir pris connaissance de la réglementation concernant la substitution des traitements
- ET
- M'engage à la respecter

Fait à : .....

Le : .....

Signature :





## Autorisation d'accès aux informations de santé

Je soussigné(e), Mme / Mlle / M. (NOM, Prénom) .....

Né(e) le : ..... à .....

Domicilié(e) : .....

.....

Téléphone : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

**S'agissant de l'accès à mon dossier patient :**

J'accepte       Je refuse

que les informations concernant ma santé soient transmises aux médecins assurant mon suivi.

J'accepte       Je refuse que les informations concernant ma santé soient transmises à :

à mes proches

à mes ayants droits en cas de décès.

ou (dans les deux cas) à certains d'entre eux (précisez Noms et coordonnées) :

.....

.....

.....

.....

**ATTENTION :** Je suis informé(e) de la nécessité de préserver la confidentialité de ces informations. J'ai pleine conscience du caractère confidentiel des informations de santé que je détiens et des risques d'un usage non maîtrisé, notamment du fait de la sollicitation de tiers, des données de santé qui me concernent (famille et entourage, assureurs, employeurs).

L'état de santé du patient ne lui permet pas de signer ce document

Fait à : .....

Le : \_\_ / \_\_ / \_\_

Signature :





**Fiche « Mes repas des 3 derniers jours »**



Merci de remplir ce tableau en essayant de détailler les quantités (cuillères à soupe, ...)



	JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3
PETIT DEJEUNER			
MATINEE			
DEJEUNER			
APRES MIDI			
DINER			
SOIREE			
NUIT			