LUTTE CONTRE LA DÉNUTRITION

JOURNAL DE PESÉES

NOM : **PRÉNOM :** **ANNÉE :**

MOIS	SEM 1	SEM 2	SEM 3	SEM 4	VARIATION

MODE D'EMPLOI

Je me pèse tous les 7 Jours

En cas de variation de plus ou moins 3 Kg

J'ALERTE MON MÉDECIN TRAITANT