

MON

# SEMAINIER ALIMENTAIRE

Prénom : .....  
Nom : .....  
Date : .....

DANS MA JOURNÉE... LUNDI

INSCRIS TOUT CE QUE TU AS MANGÉ  
PENDANT LE REPAS, EN NOTANT  
BIEN LES QUANTITÉS  
(EX : 3 CUEILLÈRES DE RIZ,  
1 PART DE TARTE...)

INDIQUE SI TU AS PRIS  
TON REPAS DEVANT UN ÉCRAN  
(TÉLÉVISION, TÉLÉPHONE  
TABLETTE)

INDIQUE S'IL T'EST ARRIVÉ  
DE MANGER EN DEHORS  
DES REPAS PRINCIPAUX

## PETIT-DÉJEUNER

OUI  NON

COMPOSITION :

.....  
.....  
.....



ÉCRAN :  OUI  NON

## GOÛTER

OUI  NON

COMPOSITION :

.....  
.....  
.....



ÉCRAN :  OUI  NON

## GRIGNOTAGE :

LE JOUR :  NON  1 FOIS  
 PLUSIEURS FOIS

LA NUIT :  NON  OUI

## DÉJEUNER

OUI  NON

COMPOSITION :

.....  
.....  
.....



ÉCRAN :  OUI  NON

## DÎNER

OUI  NON

COMPOSITION :

.....  
.....  
.....



ÉCRAN :  OUI  NON

## DURÉE DU REPAS :

0-5  5-10  10-15  
 15-20  + de 20 min



BOISSON SUCRÉE :  0 VERRE  1 VERRE  
 PLUSIEURS VERRES  
(jus, soda, sirop...)

PETIT  
MODE D'EMPLOI  
POUR LE REMPLIR  
...

PENSE AUSSI À NOTER  
SI TU T'ES RESSERVI  
AU COURS DU REPAS

POUR LE DÎNER,  
SOULIGNE LE PLAT S'IL S'AGIT  
D'UN PLAT DU COMMERCE

INDIQUE LE TEMPS  
QU'IL T'A FALLU POUR MANGER

## PETIT-DÉJEUNER

OUI  NON

COMPOSITION :

.....

.....

.....

.....

 ÉCRAN :  OUI  NON

# MARDI

## DÉJEUNER

OUI  NON

COMPOSITION :

.....

.....

.....

.....

 ÉCRAN :  OUI  NON

## DANS MA JOURNÉE...

BOISSON SUCRÉE :  0 VERRE  1 VERRE  
(jus, soda, sirop...)

PLUSIEURS VERRES

## GOÛTER

OUI  NON

COMPOSITION :

.....

.....

.....

.....

 ÉCRAN :  OUI  NON

## GRIGNOTAGE :

LE JOUR :  NON  1 FOIS

PLUSIEURS FOIS

LA NUIT :  NON  OUI

## DÎNER

OUI  NON

COMPOSITION :

.....

.....

.....

.....

 ÉCRAN :  OUI  NON

## DURÉE DU REPAS :

0-5  5-10  10-15

15-20  + de 20 min



## PETIT-DÉJEUNER

OUI  NON

COMPOSITION :

.....

.....

.....

.....

 ÉCRAN :  OUI  NON

## DÉJEUNER

OUI  NON

COMPOSITION :

.....

.....

.....

.....

 ÉCRAN :  OUI  NON

## DANS MA JOURNÉE...

BOISSON SUCRÉE :  0 VERRE  1 VERRE  
(jus, soda, sirop...)

PLUSIEURS VERRES

## GOÛTER

OUI  NON

COMPOSITION :

.....

.....

.....

.....

 ÉCRAN :  OUI  NON

## GRIGNOTAGE :

LE JOUR :  NON  1 FOIS

PLUSIEURS FOIS

LA NUIT :  NON  OUI

## DÎNER

OUI  NON

COMPOSITION :

.....

.....

.....

.....

 ÉCRAN :  OUI  NON

## DURÉE DU REPAS :

0-5  5-10  10-15

15-20  + de 20 min



# MERCREDI

### PETIT-DÉJEUNER

OUI  NON

COMPOSITION :

.....  
.....  
.....  
.....

 ÉCRAN :  OUI  NON

### DÉJEUNER

OUI  NON

COMPOSITION :

.....  
.....  
.....  
.....

 ÉCRAN :  OUI  NON

### GOÛTER

OUI  NON

COMPOSITION :

.....  
.....  
.....  
.....

 ÉCRAN :  OUI  NON

### DÎNER

OUI  NON

COMPOSITION :

.....  
.....  
.....  
.....

 ÉCRAN :  OUI  NON

### DANS MA JOURNÉE...

**BOISSON SUCRÉE :**  0 VERRE  1 VERRE  
(jus, soda, sirop...)

PLUSIEURS VERRES

**GRIGNOTAGE :**

**LE JOUR :**  NON  1 FOIS  
 PLUSIEURS FOIS

**LA NUIT :**  NON  OUI

**DURÉE DU REPAS :**

0-5  5-10  10-15  
 15-20  + de 20 min



## JEUDI

### PETIT-DÉJEUNER

OUI  NON

COMPOSITION :

.....  
.....  
.....  
.....

 ÉCRAN :  OUI  NON

### DÉJEUNER

OUI  NON

COMPOSITION :

.....  
.....  
.....  
.....

 ÉCRAN :  OUI  NON

### GOÛTER

OUI  NON

COMPOSITION :

.....  
.....  
.....  
.....

 ÉCRAN :  OUI  NON

### DÎNER

OUI  NON

COMPOSITION :

.....  
.....  
.....  
.....

 ÉCRAN :  OUI  NON

### DANS MA JOURNÉE...

**BOISSON SUCRÉE :**  0 VERRE  1 VERRE  
(jus, soda, sirop...)

PLUSIEURS VERRES

**GRIGNOTAGE :**

**LE JOUR :**  NON  1 FOIS  
 PLUSIEURS FOIS

**LA NUIT :**  NON  OUI

**DURÉE DU REPAS :**

0-5  5-10  10-15  
 15-20  + de 20 min



## VENDREDI

## PETIT-DÉJEUNER

OUI  NON

COMPOSITION :

.....

.....

.....

.....

 ÉCRAN :  OUI  NON

## DÉJEUNER

OUI  NON

COMPOSITION :

.....

.....

.....

.....

 ÉCRAN :  OUI  NON

## GOÛTER

OUI  NON

COMPOSITION :

.....

.....

.....

.....

 ÉCRAN :  OUI  NON

## DÎNER

OUI  NON

COMPOSITION :

.....

.....

.....

.....

 ÉCRAN :  OUI  NON

# SAMEDI

## DANS MA JOURNÉE...

BOISSON SUCRÉE :  0 VERRE  1 VERRE  
(jus, soda, sirop...)

### GRIGNOTAGE :

LE JOUR :  NON  1 FOIS  
 PLUSIEURS FOIS

LA NUIT :  NON  OUI

### DURÉE DU REPAS :

  0-5  5-10  10-15  
 15-20  + de 20 min

## PETIT-DÉJEUNER

OUI  NON

COMPOSITION :

.....

.....

.....

.....

 ÉCRAN :  OUI  NON

## DÉJEUNER

OUI  NON

COMPOSITION :

.....

.....

.....

.....

 ÉCRAN :  OUI  NON

## GOÛTER

OUI  NON

COMPOSITION :

.....

.....

.....

.....

 ÉCRAN :  OUI  NON

## DÎNER

OUI  NON

COMPOSITION :

.....

.....

.....

.....

 ÉCRAN :  OUI  NON

# DIMANCHE

## DANS MA JOURNÉE...

BOISSON SUCRÉE :  0 VERRE  1 VERRE  
(jus, soda, sirop...)

### GRIGNOTAGE :

LE JOUR :  NON  1 FOIS  
 PLUSIEURS FOIS

LA NUIT :  NON  OUI

### DURÉE DU REPAS :

  0-5  5-10  10-15  
 15-20  + de 20 min