



## PLANNING HEBDOMADAIRE

**Colorier les cases avec un crayon de couleur différente pour chaque enfant**

SEUL CE PLANNING SERA VALIDE PAR LE SERVICE DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

<b>NOM DE L'ASSISTANT MATERNEL:</b>		<b>AGREMENT POUR ..... 0-18 ANS.....PERISCOLAIRE(S).....+ 18 MOIS</b>															
<b>chaque case représente un quart d'heure</b>																	
<b>NOM/AGE ENFANTS</b>		6 h	7 h	8 h	9 h	10 h	11 h	12 h	13 h	14 h	15 h	16 h	17 h	18 h	19 h	20 h	<b>OBSERVATIONS</b>
<b>LUNDI</b>																	
<b>MARDI</b>																	
<b>MERCREDI</b>																	
<b>JEUDI</b>																	
<b>VENDREDI</b>																	
<b>WEEK END</b>																	

**DATE ET SIGNATURE DE L'ASSISTANT MATERNEL**