



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

NOM DE L'ASSISTANT MATERNEL:														AGREMENT POUR 0-18 ANS.....PERISCOLAIRE(S).....+ 18 MOIS			
chaque case représente un quart d'heure																	
NOM/AGE ENFANTS		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	OBSERVATIONS
LUNDI																	
MARDI																	
MERCREDI																	
JEUDI																	
VENDREDI																	
WEEK END																	

DATE ET SIGNATURE DE L'ASSISTANT MATERNEL