

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 CUILLÈRES 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
(jus, soda, sirop...) ☐ PLUSIEURS VERRES

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



OBEPEdIA



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

DURÉE DU REPAS :



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

MARDI

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

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

DURÉE DU REPAS :



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

MERCREDI

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

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

DURÉE DU REPAS :



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

JEUDI

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

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

DURÉE DU REPAS :



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

VENDREDI

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

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

DURÉE DU REPAS :



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

GRIGNOTAGE :

LE JOUR : ☐ NON ☐ 1 FOIS
☐ PLUSIEURS FOIS

LA NUIT : ☐ NON ☐ OUI

DANS MA JOURNÉE...

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

SAMEDI

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

DURÉE DU REPAS :



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

GRIGNOTAGE :

LE JOUR : ☐ NON ☐ 1 FOIS
☐ PLUSIEURS FOIS

LA NUIT : ☐ NON ☐ OUI

DANS MA JOURNÉE...

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

DIMANCHE