

Mois/année : .....	Nom et Prénom du résident : .....					
Date	Carafe (journée) *	Verre 8h *	Verre 12h *	Verre 16h *	Verre 18h *	Total
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

\* cocher la case lorsque le résident a bu son verre d'eau et que la carafe a été mise à disposition

Page 1/1

Nom : Fonction : Visa :	Rédacteur Aurore BALANT, Cadre Administratif Audrey TINNES, Assistante de Direction	Validation Sylvie LACOSTE, Directrice	Conformité à la gestion qualité Audrey TINNES, Chargée Qualité
-------------------------------	---	---	--