

Précisez : Atelier.....



Date :/...../.....

Nom du soignant :

Nom Prénom du résident	Présence (à entourer)		Absence à justifier (refus, maladie, absence, problème d'organisation etc.)
	Matin	Après Midi	
	Matin	Après Midi	
	Matin	Après Midi	
	Matin	Après Midi	
	Matin	Après Midi	
	Matin	Après Midi	
	Matin	Après Midi	
	Matin	Après Midi	
	Matin	Après Midi	
	Matin	Après Midi	
	Matin	Après Midi	
	Matin	Après Midi	
	Matin	Après Midi	
	Matin	Après Midi	
	Matin	Après Midi	
	Matin	Après Midi	
	Matin	Après Midi	
	Matin	Après Midi	
	Matin	Après Midi	
	Matin	Après Midi	

<p><u>Nom :</u> <u>Fonction :</u> <u>Visa :</u></p>	<p><u>Rédacteur</u> Emilie TARTIE, Psychomotricienne</p>	<p><u>Validation</u> Sylvie LACOSTE, Directrice</p>	<p><u>Conformité à la gestion qualité</u> Audrey TINNES, Chargée Qualité</p>
---	--	---	--