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

Journal des premiers jours

Repas

Heure	Quant.	Sein D/G	Durée

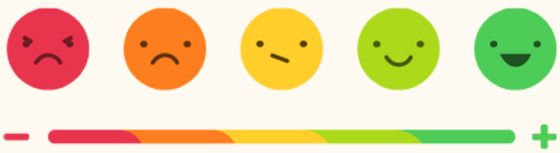
Changes

Heure	Mouillé	Selles	Aspect*	Couleur

* N: Normal / M: Molle / D: Dure / L: Liquide

Heures de sommeil

Humeur



Notes

Peau d'Enfant