





## Mes premiers boires (page 2)

Date (mois/jour)	Heure (HH/Min)	Allaitement maternel	Biberon de PCN (ml)	Urines <input checked="" type="checkbox"/>	Selles <input checked="" type="checkbox"/>	Peau à peau (durée/ avec qui)	Particularités





## Mes premiers boires (page 3)

Date (mois/jour)	Heure (HH/Min)	Allaitement maternel	Biberon de PCN (ml)	Urines <input checked="checked" type="checkbox"/>	Selles <input checked="checked" type="checkbox"/>	Peau à peau (durée/ avec qui)	Particularités





# Mes premiers boires (page 4)

Date (mois/jour)	Heure (HH/Min)	Allaitement maternel	Biberon de PCN (ml)	Urines <input checked="" type="checkbox"/>	Selles <input checked="" type="checkbox"/>	Peau à peau (durée/ avec qui)	Particularités



# Autres informations importantes

