

## FEUILLE DE GOÛTS (à rendre à la cuisine)

Nom : ..... Date : .....

Chambre : .....

Régime : ..... Allergie : .....

Aversion : .....

Plat préféré : .....

**Mange seul** : OUI   
NON

**Pain** : Sans croutes   
Avec croutes

### PETIT DEJEUNER

PAIN		MATIERE GRASSE		GARNITURE		BOISSON	
Blanc	<input type="radio"/>	Beurre	<input type="radio"/>	Confiture	<input type="radio"/>	Café	<input type="radio"/>
Gris	<input type="radio"/>	Bécel	<input type="radio"/>	Cho	<input type="radio"/>	Lait froid	<input type="radio"/>
Biscottes	<input type="radio"/>			Miel	<input type="radio"/>	Lait chaud	<input type="radio"/>
Nbre de tranche : .....				Spéculoos	<input type="radio"/>	Chocolat froid	<input type="radio"/>
				Sirop de Liège	<input type="radio"/>	Chocolat chaud	<input type="radio"/>
				Fromage à tartiner	<input type="radio"/>	Thé	<input type="radio"/>
				De tout	<input type="radio"/>	Lait de soja	<input type="radio"/>
<b>VIENNOISERIE</b> (dimanche)							
Croissant	<input type="radio"/>						
Chocolat	<input type="radio"/>						

### DINER

TEXTURE		VVPO			FECULENTS	
Normale	<input type="radio"/>	Poisson	OUI	<input type="radio"/>	Pommes de terre	<input type="radio"/>
Coupée	<input type="radio"/>		NON	<input type="radio"/>	Pâtes	<input type="radio"/>
Moulue	<input type="radio"/>				Frites	<input type="radio"/>
Tout mixé	<input type="radio"/>	Porc	OUI	<input type="radio"/>	Purée	<input type="radio"/>
			NON	<input type="radio"/>	Croquettes	<input type="radio"/>

### GOÛTER

Café	<input type="radio"/>	Chocolat froid	<input type="radio"/>
Lait froid	<input type="radio"/>	Chocolat chaud	<input type="radio"/>
Lait chaud	<input type="radio"/>	Thé	<input type="radio"/>

Suite au verso

## SOUPER

PAIN		MATIERE GRASSE		BOISSON		POTAGE	
Blanc	<input type="radio"/>	Beurre	<input type="radio"/>	Café	<input type="radio"/>	OUI	<input type="radio"/>
Gris	<input type="radio"/>	Bécel	<input type="radio"/>	Lait froid	<input type="radio"/>		
Biscottes	<input type="radio"/>			Lait chaud	<input type="radio"/>	NON	<input type="radio"/>
				Chocolat froid	<input type="radio"/>		
				Chocolat chaud	<input type="radio"/>		
				Thé	<input type="radio"/>		
Nbre de tranche : .....				Lait de soja	<input type="radio"/>		

*Souhait particulier* : .....

Avez-vous perdu du poids récemment ?

OUI

NON

Avez-vous subi une perte d'appétit récemment ?

OUI

NON