

MON ANIMAL

PARCE QUE JE L'AIME, JE PRENDS SOIN DE LUI



LES INFORMATIONS ESSENTIELLES

Sa race :

Sa date de naissance __ / __ / ____

C'est un mâle une femelle

N° de puce :

Stérilisation : Oui Non

Allergies :

.....

Signes particuliers :

.....

.....

VETERINAIRES

Courant

Nom :

Tel :

Adresse :

.....

.....

Urgence

Tel :

Adresse :

.....

VACCINS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

VERMIFUGE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ANTI-PUCES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Coller une
photographie de
mon animal



MA BANQUE

SE SOUVENIR DE L'ESSENTIEL. TOUJOURS.

LES INFORMATIONS ESSENTIELLES

Nom de la banque :

Adresse :

.....

.....

Horaires :

.....

.....

Conseiller :

Numéro de téléphone :

Email :

BANQUE EN LIGNE :

Site :

Identifiant :

Mot de passe :

RIB

IBAN

BIC

Code banque	Code guichet	Numéro de compte	Clé Rib	Domiciliation

LES URGENCES

.....
OHÉ-OHÉ, ON RESPIRE ET ON S'ORGANISE VITE

CHEZ NOUS

Nom :
 Prénom :
 Tel :
 Adresse :

LES INFORMATIONS ESSENTIELLES

Pompiers : 18
 Police : 17
 Samu : 15
 Centre anti-poison :
 SOS Medecin :

On les aime fort !



♥ PERSONNE DE CONFIANCE

Nom :
 Prénom :
 Tel :
 Adresse :

POUR COUPER LE GAZ

.....

POUR COUPER L'ÉLECTRICITÉ

.....

♥ PERSONNE DE CONFIANCE

Nom :
 Prénom :
 Tel :
 Adresse :

POUR COUPER L'EAU

.....



CARNET DE FAMILLE

NE PANIQUEZ PAS, IL Y A TOUT ÉCRIT ICI !

MAMAN

Nom :
Prénom :
Tel :
Tel travail :
Adresse travail :
.....
.....

PAPA

Nom :
Prénom :
Tel :
Tel travail :
Adresse travail :
.....
.....

PETIT BOUT 1

Prénom :
Portable :
Ecole :
Adresse école :
.....
.....

PETIT BOUT 2

Prénom :
Portable :
Ecole :
Adresse école :
.....
.....

↙ *On l'aime fort aussi !*

♥ PERSONNE DE CONFIANCE

Nom :
Prénom :
Tel :
Adresse :
.....
.....

PETIT BOUT 3

Prénom :
Portable :
Ecole :
Adresse école :
.....
.....

ET LA PETITE CHOSE POILUE

Son petit nom :



CARNET DE FAMILLE

SE SOUVENIR DES INFORMATIONS ESSENTIELLES

NOM ET PRÉNOM

**DATE DE
NAISSANCE**

INFORMATIONS MÉDICALES

<u>NOM ET PRÉNOM</u>	<u>DATE DE NAISSANCE</u>	<u>INFORMATIONS MÉDICALES</u>

NOTES

MON ENFANT



SON PRÉNOM :

SA DATE DE NAISSANCE :

L'ÉCOLE

Nom :

Horaires :

Tel :

Mail :

Adresse :

.....

.....

Nom de l'instituteur :

Niveau :



CENTRE DE LOISIRS

Nom :

Horaires :

Tel :

Mail :

Adresse :

.....

.....

Nom du responsable :

INFORMATIONS MEDICALE

.....
.....
.....
.....
.....
.....

SPORT

Nom :

Horaires :

Tel :

Mail :

Adresse :

.....

.....

Nom du responsable :

LOISIRS ET SPORT

Nom :

Horaires :

Tel :

Mail :

Adresse :

.....

.....

Nom du responsable :



ASSURANCES

POUR NE PLUS JAMAIS RIEN OUBLIER

MA MAISON

Nom compagnie :
Adresse :
.....
.....
Numéro de tel :
Mail :
Numéro contrat :
Date échéance :

MA VOITURE

Nom compagnie :
Adresse :
.....
.....
Numéro de tel :
Mail :
Numéro contrat :
Date échéance :

MA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Nom compagnie :
Adresse :
.....
.....
Numéro de tel :
Mail :
Numéro contrat :
Date échéance :

MA SÉCURITÉ SOCIALE

Adresse :
.....
.....
Numéro de tel :
Mail :

CAF

Adresse :
.....
.....
Numéro de tel :
Mail :
Numéro allocataire :

.....
Adresse :
.....
.....
Numéro de tel :
Mail :



MENU DE LA SEMAINE

POUR PRÉPARER SES MENUS COMME UN CHEF

	<u>LUNDI</u>	<u>MARDI</u>	<u>MERCREDI</u>	<u>JEUDI</u>	<u> VENDREDI</u>	<u>WEEK-END</u>
<u>MATIN</u>
<u>MIDI</u>
<u>SOIR</u>
<u>AUTRES</u>



UNE SEMAINE PARFAITE

LUNDI

7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20

MARDI

7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20

MERCREDI

7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20

JEUDI

7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20

VENDREDI

7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20

SAMEDI

7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20



UNE ANNÉE INCROYABLE

SEPTEMBRE	OCTOBRE	NOVEMBRE	DÉCEMBRE	JANVIER	FEVRIER
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9
10	10	10	10	10	10
11	11	11	11	11	11
12	12	12	12	12	12
13	13	13	13	13	13
14	14	14	14	14	14
15	15	15	15	15	15
16	16	16	16	16	16
17	17	17	17	17	17
18	18	18	18	18	18
19	19	19	19	19	19
20	20	20	20	20	20
21	21	21	21	21	21
22	22	22	22	22	22
23	23	23	23	23	23
24	24	24	24	24	24
25	25	25	25	25	25
26	26	26	26	26	26
27	27	27	27	27	27
28	28	28	28	28	28
29	29	29	29	29
30	30	30	30	30
.....	31	31	31



UNE ANNEE INCROYABLE

MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOUT
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9
10	10	10	10	10	10
11	11	11	11	11	11
12	12	12	12	12	12
13	13	13	13	13	13
14	14	14	14	14	14
15	15	15	15	15	15
16	16	16	16	16	16
17	17	17	17	17	17
18	18	18	18	18	18
19	19	19	19	19	19
20	20	20	20	20	20
21	21	21	21	21	21
22	22	22	22	22	22
23	23	23	23	23	23
24	24	24	24	24	24
25	25	25	25	25	25
26	26	26	26	26	26
27	27	27	27	27	27
28	28	28	28	28	28
29	29	29	29	29	29
30	30	30	30	30	30
31	31	31	31	31	31



UNE SEMAINE PARFAITE

AU FIL DES JOURS

Lundi

.....
.....
.....

Mardi

.....
.....
.....

Mercredi

.....
.....
.....

Jeudi

.....
.....
.....

Vendredi

.....
.....
.....

Samedi

.....
.....
.....

Dimanche

.....
.....
.....

NOTES

LA LISTE

.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



LES PETITS ET GRANDS PROJETS

LES CHOSES À FAIRE

- 1.
.....
.....
- 2.
.....
.....
- 3.
.....
.....
- 4.
.....
.....
- 6.
.....
.....
- 7.
.....
.....
- 8.
.....
.....

NOTES

LA LISTE

-
-
-
-



JOLI MOIS DE : _____

AU FIL DES JOURS

- 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

NOTES

LA LISTE

-
-
-
-



MES PETITES LISTES

A FAIRE

-
-
-
-
-
-
-
-
-

A CRÉER

-
-
-
-
-
-
-
-
-

NOTES

A PRÉPARER

-
-
-
-
-
-
-
-
-

LES URGENCES

-
-
-
-
-
-
-
-
-

A CONTACTER

-
-
-
-

A ACHETER

-
-
-
-



UNE JOURNÉE PARFAITE

AU FIL DE LA JOURNÉE

Réveil

.....
.....
.....

Matin

.....
.....
.....

Déjeuner

.....
.....
.....

Après-midi

.....
.....
.....

Diner

.....
.....
.....

Soirée

.....
.....
.....

Repos du guerrier

.....
.....
.....

NOTES

A FAIRE

.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A CONTACTER

.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A ACHETER

.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



RÉPERTOIRE

SE SOUVENIR DE L'ESSENTIEL. TOUJOURS.

PLOMBIER

Nom :
Numéro de téléphone :
Adresse :
.....
.....

ÉLECTRICIEN

Nom :
Numéro de téléphone :
Adresse :
.....
.....

DÉPANNAGE ÉLECTRO-MÉNAGER

Nom :
Numéro de téléphone :
Adresse :
.....
.....

MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Nom :
Numéro de téléphone :
Adresse :
.....
.....

MÉDECIN :

Nom :
Numéro de téléphone :
Adresse :
.....
.....

MÉDECIN :

Nom :
Numéro de téléphone :
Adresse :
.....
.....

MÉDECIN :

Nom :
Numéro de téléphone :
Adresse :
.....
.....

MÉDECIN :

Nom :
Numéro de téléphone :
Adresse :
.....
.....



RÉPERTOIRE

SE SOUVENIR DE L'ESSENTIEL. TOUJOURS.

DENTISTE

Nom :
Numéro de téléphone :
Adresse :
.....
.....

PHARMACIE

Nom :
Numéro de téléphone :
Adresse :
.....
.....

MAIRIE

Nom :
Numéro de téléphone :
Adresse :
.....
.....

.....
Nom :
Numéro de téléphone :
Adresse :
.....
.....

.....
Nom :
Numéro de téléphone :
Adresse :
.....
.....

.....
Nom :
Numéro de téléphone :
Adresse :
.....
.....

.....
Nom :
Numéro de téléphone :
Adresse :
.....
.....

.....
Nom :
Numéro de téléphone :
Adresse :
.....
.....



RÉPERTOIRE

SE SOUVENIR DE L'ESSENTIEL. TOUJOURS.

<p>.....</p> <p>Nom :</p> <p>Numéro de téléphone :</p> <p>Adresse :</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>Nom :</p> <p>Numéro de téléphone :</p> <p>Adresse :</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>.....</p> <p>Nom :</p> <p>Numéro de téléphone :</p> <p>Adresse :</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>Nom :</p> <p>Numéro de téléphone :</p> <p>Adresse :</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>.....</p> <p>Nom :</p> <p>Numéro de téléphone :</p> <p>Adresse :</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>Nom :</p> <p>Numéro de téléphone :</p> <p>Adresse :</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>.....</p> <p>Nom :</p> <p>Numéro de téléphone :</p> <p>Adresse :</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>Nom :</p> <p>Numéro de téléphone :</p> <p>Adresse :</p> <p>.....</p> <p>.....</p>