



IL EST IMPORTANT QUE TU M'AIDES

Pour la réussite de ton traitement , rapporte-moi cette fiche à chaque rendez-vous pour que nous puissions la contrôler ensemble .

	1 ^{ère} Semaine			2 ^{ème} Semaine			3 ^{ème} Semaine			4 ^{ème} Semaine		
JOURS	Jour	Nuit	Total									
Lundi												
Mardi												
Mercredi												
Jeudi												
Vendredi												
Samedi												
Dimanche												



	5 ^{ème} Semaine			6 ^{ème} Semaine			7 ^{ème} Semaine			8 ^{ème} Semaine		
JOURS	Jour	Nuit	Total									
Lundi												
Mardi												
Mercredi												
Jeudi												
Vendredi												
Samedi												
Dimanche												



**APPAREIL A ANCRAGE EXTRA-ORALE A PORTER IMPERATIVEMENT :
14h00 par 24h00**

- Soit pendant ton sommeil
- Soit la journée (en faisant tes devoirs, en lisant, en regardant la télévision ou en jouant à ta console vidéo).