LAKMIL® Plan d'alimentation

NOM/MARQUE D'ANIMAL

.....

	Lester AVENT Alimen-tation	Temps	Foule ml Lait	Lester APRÈS Alimen-tation	Remarques	Avalé	Heurté	massage du ven-tre	Pipi/ Caca
Date	**g**		**ml**	**g**		**X** *(oui)* - *(non)*	**X** *(oui)* - *(non)*	**X** *(oui)* - *(non)*	**X** *(oui)* - *(non)*