# Journal d'activités

**Dosimètre D-Shuttle: ……**
**Dosimètre UV-GENESIS: ……..**
**P_ID: ……**

1. Aujourd'hui, votre enfant est-il allé dehors alors que le temps était ensoleillé? O Oui O Non
2. Si oui, votre enfant a-t-il utilisé une ou plusieurs des protections contre le soleil suivantes?

| | Non | En partie | Oui |
|---|---|---|---|
| Crème solaire | O | O | O |
| Lunettes de soleil | O | O | O |
| Chapeau/casquette ou autre coiffe | O | O | O |
| Vêtements à manches longues | O | O | O |
| Pantalon long ou jupe/robe longue | O | O | O |

**Journal d'activités pour: Nom de l'enfant: _____ Date: ____.____._____**

**Le journal des activités a-t-il été rempli le même jour ?** O oui O non

**Dans quelle mesure cette journée était-elle typique (pour ce jour de la semaine)?**

Veuillez cocher un "X" dans la case appropriée.

| **Très typique** | | | | **Pas du tout typique** |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Ne laissez aucun espace vide dans votre journée! N'oubliez pas les temps de déplacement!

| **Période** | | **Activité** | | **Lieu** | **Plein air** | **Adresse** | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *Heure début* | *Heure fin* | *Qu'a fait l'enfant?* | | *Où était l'enfant?* | | *Rue* | *N.* | *code postal* | *Ville* |
| 00:00 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

Notes/Commentaires: