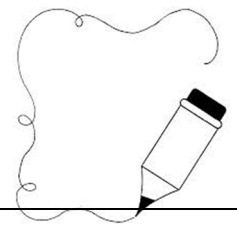


Bonjour,

Surveillance à l'extérieur oui a.m. / p.m. non



	Période 1	Période 2	Période 3
Début de la période			
Matière			
Matériel	<hr/> <hr/>	<hr/> <hr/>	<hr/> <hr/>
Explications/ précisions	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Travail	<input type="checkbox"/> individuel <input type="checkbox"/> individuel : expliquer un numéro à la fois <input type="checkbox"/> en équipe <input type="checkbox"/> en grand groupe	<input type="checkbox"/> individuel <input type="checkbox"/> individuel : expliquer un numéro à la fois <input type="checkbox"/> en équipe <input type="checkbox"/> en grand groupe	<input type="checkbox"/> individuel <input type="checkbox"/> individuel : expliquer un numéro à la fois <input type="checkbox"/> en équipe <input type="checkbox"/> en grand groupe
Correction	<input type="checkbox"/> individuelle <input type="checkbox"/> individuelle après un numéro <input type="checkbox"/> collective après un numéro <input type="checkbox"/> collective	<input type="checkbox"/> individuelle <input type="checkbox"/> individuelle après un numéro <input type="checkbox"/> collective après un numéro <input type="checkbox"/> collective	<input type="checkbox"/> individuelle <input type="checkbox"/> individuelle après un numéro <input type="checkbox"/> collective après un numéro <input type="checkbox"/> collective
Orthopédagogie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non



