

Fiche de renseignements n°1

VIE QUOTIDIENNE	Seul	Avec aide ponctuelle	Avec aide permanente
Fait sa toilette			
Prend sa douche			
Se rase			
Se coiffe			
S'habille			
Change ses vêtements			
Reconnait ses vêtements			
Se chausse			
Va aux toilettes			

COMMUNICATION	OUI	NON
Comprend		
Langage verbal		
Langage par gestes, gestes tactiles		
Utilise la L.S.F		
Utilise pictogrammes, dessins...		
Utilise des sons, cris, vocalises		
Aphasie		
Ecrit		
Lit		
Lit sur les lèvres		
Logorrhées		
Itérations		
Autre :		

RYTHME ET REPOS	OUI	NON
Se couche tôt		
Se couche tard		
Se lève tôt		
Se lève tard		
Fait la sieste		
Sommeil agité		
Sommeil difficile		
Peurs / angoisses nocturnes		
Surveillance nocturne		
Précisez :		

	Légère	Moyenne	Complète
Déficiência visuelle			
Déficiência auditive			

ALIMENTAIRE	OUI	NON
Mange seul		
Boit seul		
Mange haché		
Mange mixé		
Régime alimentaire		
Précisez :		
Troubles alimentaires		
Précisez :		
Risque de fausse route		
Addiction alimentaire		
Précisez :		

LOISIRS / ACTIVITÉS	OUI	NON
Sait nager		
Pratique habituelle de sports / loisirs		
Si oui, le(s)quel(s) :		
Aime :		
N'aime pas :		
Contres indications :		
Sait choisir parmi plusieurs activités		
Bonne résistance physique		
Capable d'une attention prolongée		
A déjà dormi en mobile home		
Peut dormir en haut d'un lit superposé		