



## VIE QUOTIDIENNE

### PROPRETE – HYGIENE – TOILETTE

- Sait-il s'habiller ?  seul  stimulé  non  
Fait-il sa toilette ?  seul  stimulé  non  
Sait-il se doucher ?  seul  stimulé  non  
Sait-il se raser ?  seul  stimulé  non  
Sait-il aller aux toilettes ?  seul  stimulé  non

- Change-t-il :  
ses vêtements ?  seul  stimulé  non  
ses sous-vêtements ?  seul  stimulé  non  
Encoprétique ?  oui  non  
Énurétique ?  oui  non  
Porte des protections ?  oui  non

Observations.....  
.....  
.....

### SOMMEIL

- Fait-il la sieste ?  oui  non  
Se couche-t-il seul ?  oui  non  
A-t-il des difficultés pour s'endormir ?  oui  non  
A-t-il des angoisses nocturnes, des insomnies ?  oui  non  
Se lève-t-il la nuit ?  oui  non  
Prend-t-il des médicaments pour dormir ?  oui  non

Si oui, lesquels ?.....  
.....  
Observations.....  
.....

### REPAS & ALIMENTATION

- Sait-il manger ?  seul  stimulé  non  
Sait-il se servir ?  seul  stimulé  non  
Alimentation mixée ?  oui  non  
Boit-il du café ?  oui  non Quantité :  
Boit-il du vin à table ?  oui  non Quantité :  
Alcool autorisé ?  oui  non Quantité :  
Boulimie ?  oui  non  
Anorexie ?  oui  non  
Régime alimentaire ?  oui  non

(Joindre la liste des interdictions)

Observations.....  
.....  
.....

### SEXUALITE

- Vit-il en couple ?  oui  non  
Dorment-ils ensemble ?  oui  non  
Prend-t-il un contraceptif ?  oui  non

Observations.....  
.....

### COMPORTEMENT

- Manifestations agressives ?  oui  non  
Envers lui-même ?  oui  non  
Envers les autres ?  oui  non  
Tendance à fuguer ?  oui  non  
Repli sur soi ?  oui  non  
Tendance à l'alcoolisme ?  oui  non

Troubles du comportement ou de la personnalité ?  
.....  
.....

### ARGENT DE POCHE

- Gère-t-il son argent ?  seul  aidé  non  
Connaît-il la valeur de l'argent ?  oui  non  
Fait-il ses achats seuls ?  oui  non  
Argent géré par l'éducateur ?  oui  non  
Justificatifs souhaités ?  oui  non

### SORTIES – DEPLACEMENTS - ACTIVITES

- Sort-il seul ?  oui  non  
Peut-il rester seul sur le lieu de séjour ?  oui  non  
Sait-il demander son chemin ?  oui  non  
Sait-il rentrer à l'heure fixée ?  oui  non  
Sait-il se repérer ?  oui  non  
Se déplace-t-il en fauteuil roulant ?  oui  non  
Est-il bon marcheur ?  oui  non  
Se fatigue-t-il vite ?  oui  non  
Sait-il nager ?  oui  non  
A-t-il des problèmes moteurs ?  oui  non

Si oui, lesquels ?.....  
.....  
Participe -t-il à une activité sportive ou culturelle pendant l'année ?  oui  non  
Si oui, laquelle ?  
.....  
.....

Observations :.....  
.....  
.....