



Photo

DOSSIER PERSONNEL : Côté loisirs

NOM :

PRENOM :

Autonomie, sécurité :

Consommation de tabac : oui non

Si oui, gérez-vous seul : oui non

Précisez :

Consommation d'alcool : oui non

Si oui, gérez-vous seul : oui non

Précisez :

Gestion de l'argent : oui non

Seul Avec aide

Tendance à fuguer : oui non

Besoin d'un cadre particulier : oui non

Précisez :

Communication, comportement :

Répondez-vous à votre prénom : oui non

Si non, avez-vous un surnom :

Rencontrez-vous des difficultés :

* D'intégration : oui non

Lesquelles :

* Relationnelles : oui non

Lesquelles :

* De compréhension : oui non

Lesquelles :

Avez-vous des phobies : oui non

Lesquelles :

Avez-vous des émotions fortes : oui non

Lesquelles :

Avez-vous des manifestations agressives :

* Envers vous : oui non

Comportement à adopter :

* Envers les autres : oui non

Comportement à adopter :

Santé :

Portez-vous des lunettes : oui non

Portez-vous une prothèse auditive : oui non

Portez-vous une prothèse dentaire : oui non

Portez-vous une autre prothèse : oui non

Laquelle :

Avez-vous un traitement médical : oui non

Matin : Midi Soir

Prenez-vous seul votre traitement : oui non

Précisez :

Etes-vous allergique : oui non

Si oui à quoi :

Contre-indications médicales : oui non

Lesquelles :

Etes-vous épileptique : oui non

Stabilisé Non stabilisé

Etes-vous énurétique : oui non

Etes-vous encoprétique : oui non

Alimentaire :

Régime alimentaire : oui non

Si oui, type de régime :

Aliments mixés, coupés : oui non

Précisez :

Etes-vous diabétique : oui non

Stabilisé Non stabilisé

Consommation de café : oui non

Précisez :



Mobilité, locomotion :

Etes-vous en fauteuil roulant : oui non En permanence occasionnellement
Avez-vous un déambulateur : oui non En permanence occasionnellement
Repérage dans le temps : oui non
Repérage dans l'espace : oui non
Lisez-vous l'heure : oui non
Résistance physique : bonne moyenne personne fatigable

Notes complémentaires ou synthèse :

Je soussigné

agissant en qualité de

Fait à

, le

Signature :

Je soussigné

Représentant de l'association Idoine

Fait à Besançon, le

Signature :