



HABITUDES ET FAITS DE VIE

Complété en date du : [Cliquez ici](#)

NOM :

Prénom(s) :

Nom de jeune fille :

Date de naissance: jour / mois / 19 année

Lieu de naissance :

Adresse :

N° de téléphone :

Vous êtes ? [Choisissez un élément](#)

Situation de famille : [Choisissez une situation](#) depuis le : [Cliquez ici](#)

Nombre d'enfants : Filles : Garçons :

Vivant(s) : Décédé(s) :

Fait(s) marquant(s) de la vie familiale :

Cadre réservé à l'établissement

Remarques :
.....
.....
.....
.....
.....

MON MODE DE VIE

VOTRE ENVIRONNEMENT

Vous vivez seul(e) ? [Cliquez ici](#)

Vous vivez ? [Cliquez ici](#)

Type d'habitation : [Cliquez ici](#)

Style de mobilier :

Vous recevez des visites ? [Cliquez ici](#)

Qui sont vos visiteurs ? [Cliquez ici](#)

Comment qualifierez-vous vos relations avec les membres de votre famille ? [Cliquez ici](#)

Remarques particulières sur les relations familiales :

VOS HORAIRES DE LA VIE QUOTIDIENNE

<i>Heure du lever</i>		<i>Heure de la sieste</i>		<i>Heure du coucher</i>	
<i>cliquez ici h cliquez ici</i>		<i>cliquez ici h cliquez ici</i>		<i>cliquez ici h cliquez ici</i>	
<i>Petit-déjeuner</i>	<i>Déjeuner</i>	<i>Goûter</i>		<i>Diner</i>	
<i>cliquez ici h cliquez ici</i>	<i>cliquez ici h cliquez ici</i>	<i>cliquez ici h cliquez ici</i>	<i>cliquez ici h cliquez ici</i>		

VOTRE VIE COMMUNAUTAIRE

- aime être entouré : [Cliquez ici](#)

- aime être incité à participer : [Cliquez ici](#)

- aime les conversations : [Cliquez ici](#)

- aime les jeux collectifs : [Cliquez ici](#)

si oui, lesquels :

VOTRE RELIGION

Quelle est votre religion ? *Cliquez ici* (si autre :)

Etes-vous pratiquant(e) ? *Cliquez ici*

A quelle fréquence assistez-vous aux offices religieux ? *Cliquez ici*

VOS LOISIRS

Précédents :

Actuels :

VOS HABITUDES ESTHETIQUES

Vous parfumez-vous ? *Cliquez ici* - si oui, à quelle occasion ? *Cliquez ici*

Vous maquillez-vous ? *Cliquez ici* - si oui, à quelle occasion ? *Cliquez ici*

Allez-vous chez le coiffeur ? *Cliquez ici* - si oui, à quelle fréquence ? *Cliquez ici*

Portez-vous des bijoux ? *Cliquez ici* - si oui, à quelle occasion ? *Cliquez ici*

et quel(s) bijoux ?

bague / chevalière

bracelet / gourmette

montre

boucles d'oreilles

collier / chaîne

autre

VOS GOÛTS

Couleur préférée : Odeur préférée :

Saison préférée : Fête préférée :

Littérature préférée :

Musique : instrument pratiqué :

thèmes musicaux préférés :

chanteurs préférés :

Catégorie de films préférés :

VOS PRECAUTIONS

Avez-vous l'habitude d'utiliser un déambulateur lors de vos déplacements ? [Cliquez ici](#)

Avez-vous l'habitude de mettre des barrières à votre lit ? [Cliquez ici](#)

Si oui, avez-vous une prescription ? [Cliquez ici](#)

Dans le cas d'une prescription, demandez-vous à la maison de retraite de mettre des barrières lors de votre coucher ? [Cliquez ici](#)

Avez-vous déjà chuté ? [Cliquez ici](#)

Si oui, craignez-vous une nouvelle chute ? [Cliquez ici](#)

MES FAITS DE VIE

VOS PRINCIPAUX EMPLOIS

- Poste : Nom de l'employeur :

- Poste : Nom de l'employeur :

- Poste : Nom de l'employeur :

VOS HABITATS PRECEDENTS

Commune	Adresse	Département	Année d'arrivée	Année de départ
1. <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

VOS VECUS PARTICULIERS

Fait(s) marquant(s) de la vie sociale :

Parcours scolaire :

Fait d'armes :

Bénévolat :

MES GOÛTS ALIMENTAIRES

Aliments Préférés	Matin	Midi	Soir
1. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aliments Non Souhaités	Matin	Midi	Soir
1. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

↳ **HABITUDES ALIMENTAIRES** [Cliquez ici](#)

↳ **PRATIQUE RELIGIEUSE** [Cliquez ici](#)

Remarques :

↳ **PREFERENCE DE LA COMPOSITION DU REPAS**

1- l'entrée : [Cliquez ici](#)

2- le plat : [Cliquez ici](#)

3- le dessert : [Cliquez ici](#)

4- la fin de repas : [Cliquez ici](#)

Remarques :

↳ **PREFERENCES GUSTATIVES** [Cliquez ici](#)

↳ **PREFERENCES BOISSONS** [Cliquez ici](#)

Remarques :

↳ **PREFERENCES LIEUX**

Repas	chambre	salon	salle à manger
1. Petit déjeuner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Goûter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Remarques :