

TRAITEMENT(S) CHRONIQUE(S) :

(Joindre la copie de vos ordonnances médicales)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ALLERGIES

.....
.....
.....
.....
.....

APTITUDES HABITUELLES

(Noter : Bonne ou plus ou moins Déficitaire)

Orientation dans l'espace et le temps :

.....
.....

Mémoire :

.....
.....

Mobilité générale :

.....
.....

Vue :

.....
.....

Ouïe :

.....
.....

Capacité à comprendre et à s'exprimer en français :

.....
.....

Autre(s) :

.....
.....

DATE DE LA DERNIÈRE MISE A JOUR DE LA FICHE : /...../.....