

**RECUEIL DES HABITUDES DE VIE**  
(A remplir par le résident ou la famille)

NOM (du résident)..... Prénom.....

*Pour répondre cocher la case correspondante*

***VOS CONDITIONS DE VIE***

- Vous vivez seul(e)
- En famille
- Dans un autre établissement
- En ville
- A la campagne

***RYTHME JOURNALIER***

A quelle heure vous levez vous ? .....

A quelle heure vous couchez vous ? .....

Avez-vous l'habitude de faire la sieste ?  Oui  Non

***HYGIENE***

- Aimez-vous

- La douche
- Le bain

***OCCUPATIONS ET LOISIRS***

- La télévision
- La lecture
- Les activités manuelles
- Le jardinage
- Les activités ménagères et la cuisine

***VIE SOCIALE***

- Recevez-vous souvent des visites ?
- Participez vous à des rencontres (ex : club 3<sup>e</sup> âge, pétanque..) ?
- Aimez vous les sorties à l'extérieur (cinéma, spectacles..) ?