

 Nom :

 Prénom :

 Buccolam Oui Non

Dosage :

TAXI		M	S
Lundi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mardi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mercredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeudi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vendredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Communication

Je suis : Verbal Non verbal

Je communique par :

- Langage PODD
 Pictogrammes
 PECS

Remarques et informations complémentaires :

.....

En cas de crise pour me calmer :

- Casque anti bruit Mon traitement
 Activité particulière Endroit calme
 Salle de calme - retrait

Autres :

Habitudes de vie

M'habiller / Me déshabiller : Oui Non

Autonome pour le repas : Oui Non

Je mange : De la viande Du poisson

Je bois : Au verre Au biberon

À la pipette

Ma nourriture est : Normale Mixée

Mastiquée Moulinée

J'utilise une : Fourchette Cuillère

Couvert / Assiette particulière

Allergie(s) alimentaire (s) : Oui Non

Eau gélifiée : Oui Non

Repas : Repas Fontcaude PAI

Si oui, précisez :

.....

Mes particularités

Hypersensibilité aux sons / bruits

Hypersensibilité olfactive (odeurs)

Toucher : Adore Déteste

Musique : Adore Déteste

Sauter, courir : Adore Déteste

Animaux : Adore Déteste

Se met en danger sur la route

Sélectivité alimentaire

Propreté : Oui Non

Sommeil : Oui Non

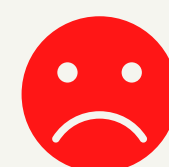
Autres :

.....



Ce que j'aime et qui m'apaise :

.....



Ce que je déteste et qui m'angoisse :

.....

