



EVALUATION DES ATTENTES DES RESIDENTS

ANNEXE 06 PR AA-01

Nom

Prénom

Age

VIE SOCIALE DU RESIDENT

Le résident et sa cellule familiale

Etes-vous marié célibataire veuf(ve) divorcé

Avez-vous des enfants fille(s) garçon(s)

Avez-vous des petits enfants fille(s) garçon(s)

LIEUX DE VIE

Quel est le dernier lieu (ville, village...) où vous avez vécu ?

Département

Type d'habitat maison appartement

ORIGINES Dans quelle ville êtes-vous né ?

Dans quel pays ?

Dans quelle ville avez-vous passé votre enfance ?

vosre adolescence ?

Quelle ville ou village avez-vous préféré habiter ?

Quelle était votre profession avant la retraite ?

Quelles autres professions avez-vous exercée ?

Quel métier auriez-vous rêver d'exercer ?

Quels sont les diplômes que vous avez obtenus ?

HABITUDES DE VIE

Quelles étaient vos activités principales à la retraite ?

Promenades	Télévision	Jardinage	Bricolage	Couture	Tricot	Réunion entre amis
<input type="text"/>						

Si autres activités, lesquelles ?

CENTRES D'INTERET

Aimez-vous le cinéma ?

OUI

NON

Quel est l'un de vos films préféré ?

Votre actrice préférée

Votre acteur préféré

Aimez-vous la musique ?

OUI

NON

Quel genre de musique aimez-vous ?

Quel chanteur ou chanteuse aimez-vous ?

Quelle est votre chanson ou œuvre musicale préférée ?

Aimez-vous ou aimez-vous lire ?

OUI

NON

Quelle est votre littérature préférée ?

magazines	romans	quotidiens	autres
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Aimez-vous les voyages ?

OUI

NON

Avez-vous fait des voyages ? Si oui, à quel endroit ?

Quels jeux aimez-vous ?

Aimez-vous chanter ?

OUI

NON

Aimez-vous le théâtre ?

OUI

NON

Aimez-vous sortir ?

OUI

NON

Promenade

Musée

Marché

Exposition

Autres

Aimez-vous l'histoire ?

OUI

NON

Quelle période en particulier ?

Aimez-vous ou aimez-vous écrire ?

OUI

NON

Aimez-vous ou aimez-vous les activités artistiques ou manuelles ?

OUI

NON

Lesquelles ?

Pratiquez-vous ou avez-vous pratiqué un sport ?

OUI

NON

Lequel ?

Avez-vous ou aviez-vous une passion ?

OUI

NON

Lequel ?

Faites-vous ou avez-vous fait une collection ?

OUI

NON

Laquelle ?

Quel est le rêve que vous souhaiteriez réaliser ?

GOUT ALIMENTAIRE

Vous êtes Plutôt salé Plutôt sucré

Aliment préféré	Aliment détesté
<input type="text"/>	<input type="text"/>

COMMENTAIRES