

QUESTIONNAIRE

HISTOIRE DE VIE

DIRECTION DU PROGRAMME DE SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES

Nom, Prénom : _____

1. De quelle manière préférez-vous que l'on s'adresse à vous? (prénom, nom, surnom)

Monsieur Madame Autre : _____

2. Quelle langue désirez-vous que l'on utilise avec vous?

Français Anglais Autre : _____

3. Préférez-vous être vouvoyé ou tutoyé ?

Vouvoyé Tutoyé

4. Quel est votre lieu de naissance?

5. Dans quelle ville avez-vous habité principalement durant votre vie?

6. Combien avez-vous de frère et sœur? (vivant et décédé) Sœur : _____ Frère : _____

7. Quel rang occupez-vous dans votre fratrie? _____

8. Avez-vous eu des enfants? Oui Non Si oui, combien? _____

9. Quel était votre emploi?

10. Quel était votre horaire de travail? Jour Soir Nuit

11. Quels sont vos loisirs, vos intérêts et passe-temps favoris?

12. Quelles sont les grandes joies, les moments heureux et les évènements marquant que vous avez vécus durant votre vie?

13. Qu'est-ce qui vous a rendu fier durant votre vie?

14. Qu'est-ce que vous aimez manger comme petite douceur et qui vous fait du bien?

15. Qu'est-ce que vous aimez faire pour vous détendre et relaxer?

16. Qu'est-ce que les gens aiment le plus de vous?

17. Qu'est-ce que les gens aiment le moins de vous? (cette réponse ne sera pas affichée à la chambre)

Voir la suite du questionnaire au verso...

QUESTIONNAIRE

HISTOIRE DE VIE

18. Choix d'image personnalisée (cochez votre choix)

- | | | | | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|--|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |  |
| <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |  |
| <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |  |
| <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |  |
| <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |  |
| <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |  |
| <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |  |
| <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |  |
| <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |  | | | | |

Mise à jour : 4 mars 2020

Veuillez retourner le questionnaire au PAB accompagnateur ou à l'intervenant en loisirs lorsque terminé.