

FEUILLE DE SUIVI DE STIMULATION

Adolescent • Secondaire



IDENTIFICATION

Nom : _____

Date : _____ Période : _____

Intervenant(e) : _____

Durée : _____

OBJECTIF TRAVAILLÉ

ACTIVITÉ RÉALISÉE

TYPE DE STIMULATION

- ☐ Cognitive / attention
- ☐ Scolaire
- ☐ Communication
- ☐ Habiletés sociales
- ☐ Autonomie
- ☐ Motricité
- ☐ Sensorielle
- ☐ Gestion des émotions

OBSERVATIONS À COCHER

Participation : ☐ Active ☐ Variable ☐ Faible ☐ Refus

Attention : ☐ Soutenue ☐ Avec rappels ☐ Difficile

Attitude : ☐ Calme ☐ Motivé(e) ☐ Collaboratif(ve) ☐ Anxieux(se) ☐ Frustré(e)

Niveau d'aide : ☐ Autonome ☐ Rappel verbal ☐ Modélisation ☐ Aide partielle ☐ Aide complète

RÉSULTAT

☐ Objectif atteint ☐ En progression ☐ À reprendre

RÉUSSITES

DÉFIS OBSERVÉS

PROCHAINE ÉTAPE

Signature / initiales : _____

