

Comment va la vie indépendante de votre parent?	Cela fonctionne?		C'est important?		J'apporte mon aide?		
	 Oui	 Non	 Oui	 Non	 Beaucoup	 Un peu	 Pas du tout
Vie partagée							
Partage des espaces, des tâches et des responsabilités à la maison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Conserve les règles de la maison qui ont été définies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sait comment agir lorsqu'il y a des conflits entre colocataires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Peut gérer ses émotions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Nourriture							
Sait planifier ses repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sait comment faire une liste de courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Organiser des repas en commun avec des collègues et partager les coûts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Peut suivre une recette pour cuisiner un repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Peut préparer et cuisiner des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sécurité							
A une liste de contacts en cas d'urgence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sait comment agir en cas d'incendie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sait quoi faire, pour être en sécurité lors de l'utilisation du gaz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sait comment prévenir les accidents avec l'électricité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Sait comment demander de l'aide en cas d'accident à domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sait comment utiliser une trousse de premiers soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Comment va la vie indépendante de votre parent?	Cela fonctionne?		C'est important?		I provide support?		
	 Oui	 Non	 Oui	 Non	 Beaucoup	 Un peu	 Pas du tout
Activités domestiques							
Sait faire la lessive en utilisant la machine à laver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sait comment repasser les vêtements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sait comment nettoyer les différents espaces de la maison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Recycle à la maison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Peut s'occuper de l'hygiène personnelle complète (lavage des cheveux, rasage, ongles coupés,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Choisit des vêtements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sait s'habiller en fonction de la saison / l'heure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Soins de santé							
Sait comment prendre rendez-vous chez le médecin, le dentiste, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Peut se rendre chez le médecin, le dentiste, etc. et signaler correctement les problèmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Peut faire de petits pansements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sait qui appeler quand il est malade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Peut s'arranger pour prendre ses médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Prend les médicaments à peu près à l'heure exacte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

A un moyen de ne pas oublier les médicaments	<input type="checkbox"/>						
Pour ne pas oublier: Je m'inscris, je demande à quelqu'un de se souvenir....	<input type="checkbox"/>						

Comment va la vie indépendante de votre parent?	Cela fonctionne?		C'est important?		J'apporte mon aide?		
	 Oui	 Non	 Oui	 Non	 Beaucoup	 Un peu	 Pas du tout
Gestion du budget							
Sait ce qu'il reçoit dans un mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Contrôle les dépenses mensuelles de la maison							
Paye les factures de la maison							
Sait comment se servir des services bancaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sait comment se servir d'un distributeur automatique de billets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Utilise de l'argent pour faire du shopping	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Economise de l'argent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Transport							
Utilise les transports publics	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Se déplace à pieds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Temps libre							
Planifie les activités pour le week-end	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Participe à des activités dans la communauté locale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Choisit avec des amis les activités qu'ils veulent faire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Parle à ses amis et à sa famille par téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Choisit et va au restaurant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Va au cinéma, au théâtre, aux concerts et aux spectacles de danse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Marche jusqu'au parc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Comment va la vie indépendante de votre parent?	Cela fonctionne?		C'est important?		J'apporte mon aide?		
	 Oui	 Non	 Oui	 Non	 Beaucoup	 Un peu	 Pas du tout
Va dans les centres commerciaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Visite des musées, expositions etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Habitudes de vie saines							
Fait de l'exercice régulièrement (marche, course, gymnastique, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Choisit des aliments sains	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Dors au moins 8 heures par nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Boit de l'eau tout au long de la journée et entre les repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Affectivité et sexualité							
Connaît ce qu'est la sexualité et ses dimensions : Amour, Plaisir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Identifie différents sentiments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sait comment exprimer ses sentiments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Respecte ses sentiments et ceux des autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sait ce que sont les maladies sexuellement transmissibles et comment me protéger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Peut utiliser des méthodes contraceptives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sait où demander de l'aide...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Autres...							
	<input type="checkbox"/>						