

Nom :
Prénom :



DECOUVERTES



Date :
Heure :
Durée de la séance :

Le groupe :

-
-
-

A quoi faut-il penser ?

Passage aux toilettes

OUI NON

Comment je vais ?

Avant la séance | | | | |

Pendant la séance | | | | |

A la fin | | | | |

Toucher



Vue

Ouïe



**Odorat /
Goût**

Plan de la salle

Attitudes / comportements inhabituels
