

Nom Prénom:

Date:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Incapable
de réaliser
l'activité

Capable de réaliser
l'activité au même niveau
qu'avant la blessure/problème

Activité	Initial	Intermédiaire	Final
1			
2			
3			
4			
5			
autres			