

Date:

**Ta date de naissance :**

Fille/Garçon

**Ton école :**

## AGENDA DE SOMMEIL

[illegible]

Date:

Ta date de naissance:

# Questionnaire sur les rêves

	tous les matins	une fois par semaine	une fois par mois	Jamais
Est-ce que tu te souviens souvent de tes rêves ?				

Si tu ne te souviens d'aucun rêve, alors tu n'as pas besoin de répondre aux questions suivantes.

	Presque toujours	Parfois	Presque jamais
Est-ce que tes rêves ressemblent à ce que tu vis la journée ?			
Est-ce que tu as peur dans tes rêves ?			
Est-ce que tu es joyeux dans tes rêves?			
Est-ce que tes rêves sont bizarres ?			
Est-ce que tu fais des mauvais rêves ?			
Est-ce que tu rêves de choses importantes pour toi ?			
Est-ce que tu fais souvent le même rêve ?			
Est-ce que tu peux décider de ce qui se passe dans tes rêves ?			
Est-ce que tu as peur d'aller dormir parce que tu fais des mauvais rêves ?			
Peux-tu voler dans l'air dans tes rêves ?			
Est-ce que tes rêves te donnent des bonnes idées ?			
Est-ce que tu parles avec des gens dans tes rêves ?			
Est-ce que parfois tu ne sais plus si tu as vraiment vécu quelque chose ou si tu l'as vu dans un rêve ?			