

QUESTIONNAIRE POUR LES PARENTS

FIN DE PROGRAMME

Renseignements

Ce questionnaire vise à connaître votre expérience et votre satisfaction concernant le programme *Branché santé* dans le but de l'améliorer. Les renseignements fournis demeureront confidentiels.

Consignes

- S.v.p., veuillez répondre à toutes les questions.
- Veuillez cocher la case correspondant à votre choix.
- Lorsque l'espace le prévoit, inscrivez vos commentaires.

NOUS VOUS REMERCIONS À L'AVANCE POUR VOTRE COLLABORATION. SACHEZ QUE VOTRE OPINION EST BIEN APPRÉCIÉE ET QUE NOUS EN TIENDRONS COMPTE DANS LA PLANIFICATION DES ATELIERS À VENIR.

SECTION 1: VOTRE OPINION SUR LE PROGRAMME BRANCHÉ SANTÉ

LE CONTENU DU PROGRAMME:	Pas du tout	Plus ou moins	Tout à fait
A répondu à mes attentes			
A offert un bon équilibre entre les différents types d'activités			
A fourni de la documentation utile			

LES ANIMATEURS:

Avaient les compétences nécessaires			
Ont fourni des explications claires			
Ont su nous mettre à l'aise de participer aux discussions et de partager nos expériences personnelles			
Ont fait preuve d'écoute			
Ont pris le temps nécessaire pour répondre à nos questions			
Ont suscité l'intérêt de mon enfant			

LES ASPECTS SUIVANTS NOUS CONVENAIENT :

	Pas du tout	Plus ou moins	Tout à fait
L'horaire			
La durée des ateliers			
Le nombre d'ateliers			
Le lieu et les locaux d'animation			

QU'AVEZ-VOUS LE PLUS APPRÉCIÉ DANS LE PROGRAMME ?

QUELLES SONT VOS SUGGESTIONS POUR AMÉLIORER LE PROGRAMME ?

RECOMMANDERIEZ-VOUS LE PROGRAMME BRANCHÉ SANTÉ? OUI NON

SECTION 2: VOTRE EXPÉRIENCE EN FAMILLE AVEC LE PROGRAMME BRANCHÉ SANTÉ

DEPUIS MA PARTICIPATION AU PROGRAMME :

	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
J'ai plus de motivation à adopter de nouvelles habitudes de vie saines pour ma famille.			
Je connais mieux ce qui est sain pour ma famille.			
Je connais mieux les ressources qui peuvent aider ma famille à adopter de saines habitudes de vie.			
Nous prévoyons maintenir des relations avec d'autres participants du programme.			
Nous prenons plus souvent des repas en famille.			
Nous pratiquons davantage d'activités physiques en famille.			
Nos activités physiques en famille sont plus agréables.			

LES CHANGEMENTS D'HABITUDES DE VIE LES PLUS IMPORTANTS QUE NOUS AVONS FAITS EN FAMILLE SONT :

LES CHANGEMENTS D'HABITUDES DE VIE QUI DEMEURENT UN DÉFI POUR MA FAMILLE SONT :

SECTION 3 : L'INFLUENCE DU PROGRAMME BRANCHÉ SANTÉ SUR VOTRE ENFANT

REMPLISSEZ UNE COPIE DE LA SECTION 3 POUR CHACUN DE VOS ENFANTS QUI ONT PARTICIPÉ AU PROGRAMME.

DEPUIS NOTRE PARTICIPATION AU PROGRAMME BRANCHÉ SANTÉ :	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
Mon enfant mange plus de fruits et légumes aux repas et aux collations.			
Mon enfant est plus actif physiquement.			
Mon enfant démontre plus de confiance en soi.			

LES CHANGEMENTS D'HABITUDES DE VIE LES PLUS IMPORTANTS FAITS PAR MON ENFANT SONT :

PORTRAIT SOMMAIRE DES HABITUDES DE VIE DE VOTRE ENFANT

INDIQUEZ LA RÉPONSE APPROPRIÉE POUR VOTRE ENFANT POUR CHACUN DES ÉNONCÉS CI-DESSOUS :	Moins de 1	1 à 2	3 à 4	5 et plus
En moyenne, à combien de repas et collations par jour votre enfant consomme-t-il des fruits (excluant les jus de fruits) ?				
En moyenne, à combien de repas et collations par jour votre enfant consomme-t-il des légumes ?				
En moyenne, combien d'heures par jour votre enfant passe-t-il devant un écran* (ex. : télévision, ordinateur, tablette, téléphone, jeux vidéo) ?				
En moyenne, combien d'heures par jour votre enfant est-il actif physiquement en dehors des cours d'éducation physique offerts à l'école (ex. : activités sportives organisées ou non, déplacements actifs, danse, jeux au parc, etc.) ?				
En moyenne, combien de boissons sucrées votre enfant consomme-t-il chaque jour (ex. : jus de fruits ou boissons à saveur de fruits, lait au chocolat, slush, boissons gazeuses, boissons sportives ou boissons énergisantes, etc.) ?				

MERCI DE VOTRE PRÉCIEUSE COLLABORATION !

* Excluant le temps d'écran associé aux activités scolaires.