

N° d'Identification :

□□□□□



**8 ans**

**Maman**



Instituts  
thématiques



**Inserm**

Institut national  
de la santé et de la recherche médicale





Feuille détachable

**Nom de la mère :** ..... **Prénom de la mère :** .....

**Nom de jeune fille de la mère :** .....

**Nom de l'enfant :** ..... **Prénom de l'enfant :** .....

**Date de naissance de l'enfant :**    |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**Date de remplissage :**      |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Si vous avez déménagé depuis la naissance de votre enfant, merci de nous indiquer votre adresse actuelle :

.....

.....

.....

la date du dernier déménagement :      |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Votre numéro de téléphone fixe : \_\_\_\_\_

Votre numéro de téléphone portable : \_\_\_\_\_

Votre adresse Email : .....@.....



## Votre santé

1. <u>Depuis que votre enfant a eu 5 ans</u> , avez-vous été hospitalisée ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	1 <input type="checkbox"/>
<u>Si oui</u> , combien de jours au total ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
dans le(s)quel(s) des services suivants ?		3 <input type="checkbox"/>
. urgences	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	4 <input type="checkbox"/>
. médecine	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	5 <input type="checkbox"/>
. psychiatrie	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	6 <input type="checkbox"/>
. chirurgie	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	7 <input type="checkbox"/>
. gynécologie obstétrique	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	8 <input type="checkbox"/>
. néphrologie dialyse	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	9 <input type="checkbox"/>
. autre	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	
Pour quelle(s) raison(s) avez-vous été hospitalisée ? .....		
.....		saisie texte
2. <u>Depuis que votre enfant a eu 5 ans</u> , avez-vous eu un ou des arrêts de travail ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	10 <input type="checkbox"/>
<u>Si oui</u> , combien d'arrêts de travail avez-vous eus ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	11 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
combien de jours au total (en cumulant tous les arrêts)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	12 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Pour quelle(s) raison(s) avez-vous été arrêtée ? .....		
.....		saisie texte
3. <u>Depuis la naissance de l'enfant EDEN</u> avez-vous été enceinte ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	13 <input type="checkbox"/>
<u>Si oui</u> , combien d'enfants sont nés après l'enfant EDEN ?	<input type="text"/> <input type="text"/>	14 <input type="checkbox"/>
Pouvez-vous nous donner leurs dates de naissance ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	15 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	16 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	17 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	18 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	19 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

4. Etes-vous enceinte actuellement ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. peut-être	20 <input type="checkbox"/>
5. A quand remonte votre dernière visite chez le dentiste ?	<input type="checkbox"/> 1. moins d'1 an <input type="checkbox"/> 2. entre 1 et 3 ans <input type="checkbox"/> 3. entre 3 et 5 ans <input type="checkbox"/> 4. pendant la grossesse de votre enfant EDEN <input type="checkbox"/> 5. avant cette grossesse <input type="checkbox"/> 6. je ne suis jamais allée chez le dentiste	21 <input type="checkbox"/>
C'était pour (plusieurs réponses possibles) :	<input type="checkbox"/> 1. un contrôle <input type="checkbox"/> 2. des douleurs <input type="checkbox"/> 3. des soins <input type="checkbox"/> 4. un détartrage <input type="checkbox"/> 5. une autre raison, précisez : .....	22 <input type="checkbox"/> <i>saisie texte</i>
6. Avez-vous une maladie chronique (nécessitant un traitement au long court ou une surveillance régulière) ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sais pas	23 <input type="checkbox"/>
<u>Si oui</u> , laquelle ? : .....		<i>saisie texte</i>
7. Un médecin vous a t-il déjà dit que aviez :		
- une protéinurie ou une albuminurie (présence de protéines ou d'albumine dans les urines hors période d'infection urinaire)	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sais pas	24 <input type="checkbox"/>
- une hématurie (présence de sang dans les urines hors période de règles)	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sais pas	25 <input type="checkbox"/>
- une baisse de la fonction rénale	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sais pas	26 <input type="checkbox"/>
<u>Si au moins 1 oui</u> , ces anomalies ont-elles été constatées	<input type="checkbox"/> 1. seulement une fois <input type="checkbox"/> 2. deux fois ou plus <input type="checkbox"/> 3. ne sais pas	27 <input type="checkbox"/>
8. Avez-vous une maladie des reins dont le diagnostic a été confirmé par un spécialiste ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sais pas	28 <input type="checkbox"/>
<u>Si oui</u> , précisez: .....		<i>saisie texte</i>

9. Depuis votre participation à EDEN, avez-vous consulté un médecin pour des fuites involontaires d'urine ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	30 <input type="checkbox"/>
<u>Si oui</u> , avez-vous reçu ou suivi un traitement pour ces fuites involontaires d'urine ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	31 <input type="checkbox"/>
<u>Si oui</u> , le(s) traitement(s) de ces fuites involontaires d'urine a(ont) été		
<input type="checkbox"/> 1. de la rééducation périnéale ou des exercices musculaires		32 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2. un ou des médicaments		33 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 3. une intervention chirurgicale		34 <input type="checkbox"/>
<b>Pour répondre aux questions 10 à 15 pensez au <u>dernier mois</u></b>		
10. Avez-vous eu des fuites involontaires d'urine au cours du dernier mois ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	35 <input type="checkbox"/>
<b><u>Si non</u>, passez au chapitre suivant "La santé de votre famille" page 6.</b>		
<u>Si oui</u> ,		
11. Quelle est la fréquence habituelle de ces fuites d'urine ?	<input type="checkbox"/> 0. jamais <input type="checkbox"/> 1. moins d'une fois par mois <input type="checkbox"/> 2. quelques fois par mois <input type="checkbox"/> 3. quelques fois par semaine <input type="checkbox"/> 4. tous les jours ou nuits	36 <input type="checkbox"/>
12. Quelle est la quantité d'urine habituellement perdue ?	<input type="checkbox"/> 0. aucune <input type="checkbox"/> 1. des gouttes <input type="checkbox"/> 2. une petite quantité <input type="checkbox"/> 3. plus	37 <input type="checkbox"/>
13. Ces fuites involontaires d'urine sont-elles une gêne pour vous ?	<input type="checkbox"/> 0. pas du tout <input type="checkbox"/> 1. un peu <input type="checkbox"/> 2. moyennement <input type="checkbox"/> 3. beaucoup	38 <input type="checkbox"/>
14. Avez-vous des fuites d'urine à l'effort physique, la toux ou l'éternuement ?	<input type="checkbox"/> 0. jamais <input type="checkbox"/> 1. parfois <input type="checkbox"/> 2. quelquefois <input type="checkbox"/> 3. beaucoup <input type="checkbox"/> 4. tout le temps	39 <input type="checkbox"/>
15. Avez-vous des fuites d'urine précédées d'un besoin urgent ?	<input type="checkbox"/> 0. jamais <input type="checkbox"/> 1. parfois <input type="checkbox"/> 2. quelquefois <input type="checkbox"/> 3. beaucoup <input type="checkbox"/> 4. tout le temps	40 <input type="checkbox"/>

## La santé de votre famille

- |   |   |
|---|---|
| <p>1. Votre père est-il : <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>0. décédé</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>1. vivant</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>2. ne sais pas</span></p> <p><u>S'il est décédé</u>, quelle est la cause du décès (si connue) ? .....</p>  | <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>saisie texte</p>   |
| <p>2. Votre père a-t-il été traité ou hospitalisé pour :</p> <p>. une hypertension artérielle..... <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>0. non</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>1. oui</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>2. ne sais pas</span></p> <p>. une maladie cardiovasculaire (angine de poitrine, infarctus, artérite, accident vasculaire cérébral) ..... <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>0. non</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>1. oui</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>2. ne sais pas</span></p> <p>. un diabète..... <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>0. non</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>1. oui</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>2. ne sais pas</span></p> <p>. de l'asthme..... <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>0. non</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>1. oui</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>2. ne sais pas</span></p> <p>. une bronchite chronique ou de l'emphysème..... <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>0. non</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>1. oui</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>2. ne sais pas</span></p> <p>. un ulcère de l'estomac ou du duodénum..... <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>0. non</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>1. oui</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>2. ne sais pas</span></p> <p>. un cancer de l'estomac..... <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>0. non</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>1. oui</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>2. ne sais pas</span></p> <p>. une insuffisance rénale chronique terminale (traité par dialyse ou greffe rénale) <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>0. non</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>1. oui</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>2. ne sais pas</span></p>     | <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/></p> <p>6 <input type="checkbox"/></p> <p>7 <input type="checkbox"/></p> <p>8 <input type="checkbox"/></p> <p>9 <input type="checkbox"/></p>         |
| <p>3. Votre mère est-elle : <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>0. décédée</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>1. vivante</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>2. ne sais pas</span></p> <p><u>Si elle est décédée</u>, quelle est la cause du décès (si connue) ? .....</p>  | <p>10 <input type="checkbox"/></p> <p>saisie texte</p>  |
| <p>4. Votre mère a-t-elle été traitée ou hospitalisée pour :</p> <p>. une hypertension artérielle..... <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>0. non</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>1. oui</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>2. ne sais pas</span></p> <p>. une maladie cardiovasculaire (angine de poitrine, infarctus, artérite, accident vasculaire cérébral) ..... <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>0. non</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>1. oui</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>2. ne sais pas</span></p> <p>. un diabète..... <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>0. non</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>1. oui</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>2. ne sais pas</span></p> <p>. de l'asthme..... <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>0. non</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>1. oui</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>2. ne sais pas</span></p> <p>. une bronchite chronique ou de l'emphysème..... <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>0. non</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>1. oui</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>2. ne sais pas</span></p> <p>. un ulcère de l'estomac ou du duodénum..... <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>0. non</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>1. oui</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>2. ne sais pas</span></p> <p>. un cancer de l'estomac..... <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>0. non</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>1. oui</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>2. ne sais pas</span></p> <p>. une insuffisance rénale chronique terminale (traité par dialyse ou greffe rénale) <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>0. non</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>1. oui</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>2. ne sais pas</span></p> | <p>11 <input type="checkbox"/></p> <p>12 <input type="checkbox"/></p> <p>13 <input type="checkbox"/></p> <p>14 <input type="checkbox"/></p> <p>15 <input type="checkbox"/></p> <p>16 <input type="checkbox"/></p> <p>17 <input type="checkbox"/></p> <p>18 <input type="checkbox"/></p> |



## Vos sentiments cette semaine

Quels ont été vos sentiments et vos comportements **DURANT LA SEMAINE QUI VIENT DE S'ECOULER ?**

Les impressions suivantes peuvent être ressenties par la plupart des gens. Indiquez en cochant pour chaque phrase, avec quelle fréquence vous avez eu durant la semaine écoulée les sentiments ou les comportements présentés dans cette liste.

**Durant cette semaine,**

	1	2	3	4	
	Jamais, très rarement (pendant moins d'1 jour)	Occasionnellement (pendant 1 à 2 jours)	Assez souvent (pendant 3 à 4 jours)	Fréquemment, tout le temps (pendant 5 à 7 jours)	
1. J'ai été contrariée par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2. Je n'ai pas eu envie de manger, j'ai manqué d'appétit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3. J'ai eu l'impression que je ne pouvais pas sortir du cafard, même avec l'aide de ma famille et de mes amis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4. J'ai eu le sentiment d'être aussi bien que les autres.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5. J'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6. Je me suis sentie déprimée.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
7. J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
8. J'ai été confiante en l'avenir.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
9. J'ai pensé que ma vie était un échec.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
10. Je me suis sentie craintive.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>
11. Mon sommeil n'a pas été bon.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/>
12. J'ai été heureuse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
13. J'ai parlé moins que d'habitude.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13 <input type="checkbox"/>
14. Je me suis sentie seule.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>
15. Les autres ont été hostiles envers moi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15 <input type="checkbox"/>
16. J'ai profité de la vie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>
17. J'ai eu des crises de larmes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17 <input type="checkbox"/>
18. Je me suis sentie triste.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18 <input type="checkbox"/>
19. J'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19 <input type="checkbox"/>
20. J'ai manqué d'entrain.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20 <input type="checkbox"/>

## Votre mode de vie

<p>1. Actuellement, fumez-vous du tabac ? <span style="float: right;"> _ 0. non     _ 1. oui</span></p> <p style="padding-left: 40px;"><u>si oui</u>, combien de cigarettes par jour ? <span style="float: right;"> _ _ </span></p>	1	_																								
<p>2. Actuellement combien de verres ou cannettes de boissons alcoolisées (bière, vin, apéritifs, digestifs, etc...) buvez-vous en moyenne par jour ? (<i>si vous buvez moins d'un verre/jour coder 0</i>) <span style="float: right;"> _ _ 1. les jours de semaine</span></p> <p style="padding-left: 40px;"><span style="float: right;"> _ _ 2. les samedi et dimanche</span></p>	2	_ _																								
<p>3. Au cours de la dernière année, vous est-il arrivé occasionnellement de boire davantage d'alcool que votre consommation habituelle ? <span style="float: right;"> _ 0. non     _ 1. oui</span></p> <p style="padding-left: 40px;"><u>si oui</u>, combien de verres dans la même journée ou soirée? <span style="float: right;"> _ _ </span></p> <p style="padding-left: 40px;"><u>si oui</u>, combien de fois dans l'année ? <span style="float: right;"> _ _ </span></p>	5	_																								
<p>4. Avez-vous consommé du cannabis sous forme de marijuana ou de haschich (herbe, joint, shit) ?</p> <table border="0" style="width: 100%; text-align: center; font-weight: bold; font-size: small;"> <tr> <td></td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td></td> <td>jamais</td> <td>1-2</td> <td>3-5</td> <td>5-9</td> <td>10-19</td> <td>20-39</td> <td>40 fois</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>fois</td> <td>fois</td> <td>fois</td> <td>fois</td> <td>fois</td> <td>et plus</td> </tr> </table> <p>Au cours de votre vie.....  _  .....  _  .....  _  .....  _  .....  _  .....  _  .....  _ </p> <p>Au cours des douze derniers mois.....  _  .....  _  .....  _  .....  _  .....  _  .....  _  .....  _ </p> <p>Au cours des 30 derniers jours.....  _  .....  _  .....  _  .....  _  .....  _  .....  _  .....  _ </p>		0	1	2	3	4	5	6		jamais	1-2	3-5	5-9	10-19	20-39	40 fois			fois	fois	fois	fois	fois	et plus	8	_
	0	1	2	3	4	5	6																			
	jamais	1-2	3-5	5-9	10-19	20-39	40 fois																			
		fois	fois	fois	fois	fois	et plus																			
<p>5. Actuellement, pour vos loisirs, faites-vous de l'exercice ou pratiquez-vous un sport ? <span style="float: right;"> _ 0. non     _ 1. oui</span></p> <p><u>Si oui</u>, quel exercice ou sport pratiquez vous le plus fréquemment ?</p> <p>.....</p> <p>Combien de mois par an ? <span style="float: right;"> _ _  mois</span></p> <p>Combien d'heures par semaine en moyenne? <span style="float: right;"> _ _  heures</span></p>	11	_																								
		saisie texte																								
<p>6. Avez-vous un jardin (jardin potager, jardin d'agrément, jardin collectif, jardin ouvrier...) ? <span style="float: right;"> _ 0. non     _ 1. oui</span></p>	14	_																								
<p>7. Combien de postes de télévision utilisez-vous ? <span style="float: right;"> _ _ </span></p>	15	_ _																								
<p>8. Combien d'ordinateurs fixes ou portables sont utilisés à votre domicile ? <span style="float: right;"> _ _ </span></p>	16	_ _																								

9. Avec quelle fréquence, vous, la mère, faites-vous les activités suivantes en présence de votre enfant EDEN ?

1	2	3	4	5
chaque jour ou presque	3-5 fois par semaine	1à2 fois par semaine	moins d'1 fois par semaine	jamais ou presque jamais

Jouer à des jeux à la maison (jeux de société, de cartes,...) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17	<input type="checkbox"/>
Jouer à des jeux physiques à l'extérieur (ballon, raquettes, piscine...) ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18	<input type="checkbox"/>
Faire des ballades (à pied, en vélo, à roller,...) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19	<input type="checkbox"/>
Faire des sorties culturelles (cinéma, spectacles, musée, zoo,...) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20	<input type="checkbox"/>
Regarder la télévision, jouer à des jeux vidéos .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21	<input type="checkbox"/>
Partager le repas .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22	<input type="checkbox"/>
Superviser ou l'accompagner au moment du coucher.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23	<input type="checkbox"/>
L'accompagner ou le chercher à l'école, ou à une activité de loisir.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24	<input type="checkbox"/>
Superviser les devoirs, faire réciter les leçons .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25	<input type="checkbox"/>
Discuter de ce qu'il a fait ou va faire .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26	<input type="checkbox"/>
Faire des courses .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27	<input type="checkbox"/>

10. Vivez-vous avec le père de l'enfant participant à EDEN?

☐|0. non, vous vivez seule  
☐|1. non, vous vivez avec un autre compagnon  
☐|2. non, vous vivez avec d'autres personnes adultes  
☐|3. oui

28 ☐|

11. Combien de personnes vivent actuellement avec l'enfant au domicile familial (y compris vous et votre conjoint) ?

. adultes (18 ans ou plus) ☐|  
. enfants (moins de 18 ans) ☐|

29 ☐|

30 ☐|

12. Quel est l'âge de l'enfant le plus jeune ?

|| ans || mois

31 || ||

Quel est l'âge de l'enfant le plus âgé ?

|| ans || mois

32 || ||

13. Parmi ces enfants, dont le logement principal est le domicile familial		
certaines sont-ils en internat, en foyer ou en cité universitaire plusieurs jours par semaine ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	33 <input type="checkbox"/>
<u>Si oui</u> , combien d'enfants ?	<input type="text"/> <input type="text"/>	34 <input type="text"/> <input type="text"/>
certaines sont-ils en garde alternée (ex : une semaine chez leur mère, une semaine chez leur père) ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	35 <input type="checkbox"/>
<u>Si oui</u> , combien d'enfants ?	<input type="text"/> <input type="text"/>	36 <input type="text"/> <input type="text"/>
14. Y-a-t-il d'autres enfants qui vivent régulièrement à votre domicile sans que ce soit leur logement principal (le week-end, une partie des vacances scolaires ...) ?		
	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	37 <input type="checkbox"/>
<u>Si oui</u> , combien ?	<input type="text"/> <input type="text"/>	38 <input type="text"/> <input type="text"/>
15. Quelle est votre situation familiale ?		
	<input type="checkbox"/> 1. mariée	
	<input type="checkbox"/> 2. célibataire	
	<input type="checkbox"/> 3. divorcée	
	<input type="checkbox"/> 4. séparée	
	<input type="checkbox"/> 5. PACS	39 <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 6. autre, précisez : .....	saisie texte
16. Actuellement, avez-vous une activité professionnelle ?		
	<input type="checkbox"/> 0. non, femme au foyer	
	<input type="checkbox"/> 1. non, congé maternité	
	<input type="checkbox"/> 2. non, congé parental	
	<input type="checkbox"/> 3. non, étudiante	
	<input type="checkbox"/> 4. non, au chômage ou à la recherche d'un emploi	
	<input type="checkbox"/> 5. non, autre situation (invalidité, pension, ...)	
	<input type="checkbox"/> 6. oui	40 <input type="checkbox"/>
<u>Si non</u> , passez directement à la <b>question 20</b>		
<u>Si oui</u> ,		
17. Travaillez-vous :	<input type="checkbox"/> 1. à temps plein <input type="checkbox"/> 2. à temps partiel	41 <input type="checkbox"/>
18. Combien d'heures par semaine travaillez-vous habituellement ?	<input type="text"/> <input type="text"/>	42 <input type="text"/> <input type="text"/>
19. Quelle est votre profession actuelle ? (détailler le plus possible)		
.....		saisie texte

20. Le père de l'enfant participant à EDEN a-t-il un emploi ?
- ☐0. non, étudiant  
☐1. non, au chômage ou à la recherche d'un emploi  
☐2. non, autre situation (invalidité, pension, ...)  
☐3. oui  
☐4. ne sais pas

43 ☐

S'il a un emploi, quelle profession exerce-t-il ? (détaillez le plus possible)

saisie texte

21. Quel est le montant des revenus mensuels de votre ménage (en incluant toutes les sources de revenus : salaires, allocations, pensions, etc.) ?

- ☐1. moins de 450 euros par mois  
☐2. de 451 à 800 euros  
☐3. de 801 à 1500 euros  
☐4. de 1501 à 2300 euros  
☐5. de 2301 à 3000 euros  
☐6. de 3001 à 3800 euros  
☐7. de 3801 à 4500 euros  
☐8. plus de 4500 euros

44 ☐

22. Au cours de l'année écoulée, avez-vous eu des difficultés financières pour les besoins en vêtements de votre famille ?

- ☐0. non      ☐1. oui, un peu      ☐2. oui, des difficultés importantes

45 ☐

23. Au cours de l'année écoulée, avez-vous eu des difficultés financières pour payer le loyer, les frais de chauffage ou d'électricité de votre logement ?

- ☐0. non      ☐1. oui, un peu      ☐2. oui, des difficultés importantes

46 ☐

24. Au cours de l'année écoulée, avez-vous eu des difficultés financières pour payer des soins médicaux ou des médicaments pour vous ou votre famille ?

- ☐0. non      ☐1. oui, un peu      ☐2. oui, des difficultés importantes

47 ☐

25. Au cours de l'année écoulée, est-il arrivé que vous ou un membre de votre famille ne mange pas de façon adéquate pour des raisons financières ?

- ☐0. non  
☐1. parfois  
☐2. certains mois  
☐3. plus d'une fois par mois  
☐4. régulièrement, tous les mois

48 ☐

<p>26. Au cours de l'année écoulée, avez-vous mangé plusieurs fois la même chose pour des raisons financières ?</p> <p><input type="checkbox"/> 0. non</p> <p><input type="checkbox"/> 1. parfois</p> <p><input type="checkbox"/> 2. certains mois</p> <p><input type="checkbox"/> 3. plus d'une fois par mois</p> <p><input type="checkbox"/> 4. régulièrement, tous les mois</p>	49 <input type="checkbox"/>
<p>27. Au cours de l'année écoulée, avez-vous eu des difficultés financières pour proposer des repas équilibrés à votre famille ?</p> <p><input type="checkbox"/> 0. non</p> <p><input type="checkbox"/> 1. parfois</p> <p><input type="checkbox"/> 2. certains mois</p> <p><input type="checkbox"/> 3. plus d'une fois par mois</p> <p><input type="checkbox"/> 4. régulièrement, tous les mois</p>	50 <input type="checkbox"/>
<p>28. Au cours de l'année écoulée, est-il arrivé que votre compte bancaire ou postal soit à découvert ?</p> <p><input type="checkbox"/> 0. non</p> <p><input type="checkbox"/> 1. oui, de façon exceptionnelle</p> <p><input type="checkbox"/> 2. oui, c'est arrivé plusieurs fois</p> <p><input type="checkbox"/> 3. oui, c'est arrivé fréquemment</p>	51 <input type="checkbox"/>
<p>29. Avez-vous une mutuelle ou assurance complémentaire santé ?</p>	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui         52 <input type="checkbox"/>
<p>30. Bénéficiez-vous de la couverture médicale universelle (CMU) ?</p>	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui         53 <input type="checkbox"/>

## L'école de votre enfant

1. Les parents peuvent avoir différentes manières de voir les relations avec les enseignants. Voici cinq de ces manières. Indiquez celle qui correspond le mieux (ou le moins mal), à ce que vous pensez vous-même en cochant la case correspondant à votre choix (**une seule réponse possible**)
- ☐1. Les enseignants ont tellement à faire avec leurs élèves qu'ils ne peuvent résoudre tous les problèmes. Aller les voir, cela ne change pas grand chose.
- ☐2. Il vaut mieux laisser les enseignants faire leur travail et les déranger le moins souvent possible
- ☐3. Les parents devraient rencontrer les enseignants dès qu'il y a le moindre problème
- ☐4. Il est important pour les parents d'établir une bonne communication avec les enseignants et d'aller les voir, même s'il n'y a pas de problème
- ☐5. Les enseignants ne peuvent accomplir leur travail qu'en collaboration étroite avec les parents. Ils doivent se rencontrer très fréquemment
2. Avez-vous eu l'occasion de
- Accompagner une sortie scolaire ? ☐0. non ☐1. oui
- Donner un coup de main pour la fête de l'école, le spectacle de fin d'année, préparer des pâtisseries pour un goûter, un anniversaire, etc... ? ☐0. non ☐1. oui
- Tenir la bibliothèque, participer à la bourse aux livres ? ☐0. non ☐1. oui
- Participer à un cours (*pour expliquer votre métier, faire de la lecture...*) ? ☐0. non ☐1. oui
- Faire autre chose en relation avec l'école ? ☐0. non ☐1. oui
3. Etes-vous membre d'une association de parents d'élèves ? ☐0. non ☐1. oui
4. Etes-vous délégué de parents d'élèves au conseil de classe ou au conseil d'établissement ? ☐0. non ☐1. oui
5. Avez-vous eu l'occasion de parler de votre enfant pendant au moins cinq minutes avec un maître ou une maîtresse depuis son entrée au CP ?
- ☐1. Aucun des parents
- ☐2. Vous surtout
- ☐3. Le père surtout
- ☐4. Les deux parents
- ☐5. Autre cas, précisez : .....

1 ☐

2 ☐

3 ☐

4 ☐

5 ☐

6 ☐

7 ☐

8 ☐

9 ☐

saisie texte

6. La dernière fois que vous avez ainsi parlé à un maître ou une maîtresse, cela s'est fait...			
<input type="checkbox"/> 1.	A la demande du maître		
<input type="checkbox"/> 2.	A votre demande		
<input type="checkbox"/> 3.	Par hasard, devant l'école		
<input type="checkbox"/> 4.	Par hasard, hors de l'école		
<input type="checkbox"/> 5.	Par relation personnelle (ami, collègue...)		10 <input type="checkbox"/>
7. En pratique, pendant l'année scolaire précédente de votre enfant EDEN			
Vous vous occupiez de ses devoirs		<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	11 <input type="checkbox"/>
Vous vous en occupiez seulement quand il/elle vous le demandait		<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	12 <input type="checkbox"/>
Vous contrôliez son travail même si il/elle ne le demandait pas ?		<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	13 <input type="checkbox"/>
Vous suiviez toujours son travail de près ?		<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	14 <input type="checkbox"/>
8. L'année dernière (hors vacances scolaires), combien de temps au total estimez-vous avoir passé à aider votre enfant EDEN dans ses devoirs ? ( <i>Répondre au choix, par jour, par semaine ou par mois</i> )			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mn par jour			15 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
OU <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mn par semaine			16 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
OU <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mn par mois			17 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. Si l'on fait le bilan de l'aide que vous avez apportée à votre enfant EDEN l'an dernier dans son travail scolaire, avez-vous le sentiment...			
<input type="checkbox"/> 1. D'en avoir fait trop			
<input type="checkbox"/> 2. D'avoir fait ce qu'il fallait			
<input type="checkbox"/> 3. De ne pas en avoir fait assez			
<input type="checkbox"/> 4. Ne sais pas			18 <input type="checkbox"/>
10. Depuis le début de cette année scolaire, êtes-vous amené à en faire			
<input type="checkbox"/> 1. Plus que l'année dernière			
<input type="checkbox"/> 2. Comme l'année dernière			
<input type="checkbox"/> 3. Moins que l'année dernière			
<input type="checkbox"/> 4. Ne sais pas			19 <input type="checkbox"/>



11. Parlez-vous avec votre enfant...

	0 Jamais presque jamais	1 de temps en temps	2 régulièrement	
De ce qu'il apprend à l'école ?	_	_	_	20  _
De ses camarades de classe ?	_	_	_	21  _
De la vie en classe ?	_	_	_	22  _
De son maître ou sa maîtresse ?	_	_	_	23  _
De son avenir scolaire ?	_	_	_	24  _
De son avenir professionnel ?	_	_	_	25  _

## Votre alimentation

**Ce questionnaire porte sur votre alimentation au cours des 12 derniers mois**

Une liste d'aliments vous est proposée. Pouvez-vous indiquer à côté de chacun la fréquence avec laquelle vous avez consommé cet aliment (ou groupe d'aliments) au cours des 12 derniers mois, que ce soit au cours des repas ou entre les repas.

Pour chaque aliment présenté, cochez la case correspondant à la fréquence de votre consommation.

**Si vous consommez certains fruits et légumes seulement quelques mois de l'année**, indiquez votre consommation pendant cette période

### *Exemple :*

*Au cours des 12 derniers mois, vous avez consommé :*

*de la salade verte, 2 fois par semaine*

*de la mâche, 1 fois par semaine*

*de la roquette, jamais*

*du cresson, jamais*

*Vous avez donc consommé 3 fois par semaine de ce groupe d'aliment et vous devez cocher la case « 2-3 fois par semaine » comme indiqué ci-dessous :*

Plusieurs fois par jour	Tous les jours ou presque	1-3 fois / semaine	1-3 fois / mois	Jamais ou presque
----------------------------	------------------------------	-----------------------	--------------------	----------------------

1. de la salade verte, de la mâche, de la roquette, du cresson :	_	.....	_	.....	X	.....	_	.....	_
--	---	-------	---	-------	---	-------	---	-------	---

Au cours des 12 derniers mois, avec quelle fréquence avez-vous consommé...?

	1	2	3	4	5	
	Plusieurs fois par jour	Tous les jours ou presque	1-3 fois / semaine	1-3 fois / mois	Jamais ou presque	
<b>Pain et produits céréaliers :</b>						
1. du pain, des biscottes.....	_	.....	_	.....	_	1
2. des céréales de type petit déjeuner .....	_	.....	_	.....	_	2
<b>Fromages et produits laitiers :</b>						
3. du lait.....	_	.....	_	.....	_	3
4. du fromage .....	_	.....	_	.....	_	4
5. des yaourts, des petits suisses, du fromage blanc.....	_	.....	_	.....	_	5
6. des entremets (crèmes desserts, liégeois, mousses, flans,...).....	_	.....	_	.....	_	6

Au cours des 12 derniers mois, avec quelle fréquence avez-vous consommé...?

	1 Plusieurs fois par jour	2 Tous les jours ou presque	3 1-3 fois / semaine	4 1-3 fois / mois	5 Jamais ou presque	
<b>Légumes :</b>						
7. de la salade verte, de la mâche, de la roquette, du cresson.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
8. des crudités : betteraves, concombre, radis, maïs, avocat, tomates....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
9. des carottes, des haricots verts, des petits pois.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
10. du chou (vert, chou-fleur, Bruxelles, brocolis,...).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>
11. des tomates cuites, des courgettes, des aubergines (ratatouille,...) ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/>
12. d'autres légumes cuits : épinards, poireaux, endives, navets, blettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
13. du potiron, des patates douces.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13 <input type="checkbox"/>
14. des légumes secs (lentilles, haricots blancs, pois chiches, fèves,...) ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>
15. de la soupe de légumes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15 <input type="checkbox"/>
<b>Féculents et céréales :</b>						
16. des pâtes, des raviolis, des lasagnes... ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>
17. du riz, de la semoule, du blé.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17 <input type="checkbox"/>
18. des pommes de terre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18 <input type="checkbox"/>
19. des frites, des chips.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19 <input type="checkbox"/>
20. d'autres féculents (quinoa, manioc, banane plantain, igname,...) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20 <input type="checkbox"/>
<b>Viande, poisson, œufs :</b>						
21. de la viande type bœuf, mouton, porc.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21 <input type="checkbox"/>
22. de la volaille (poulet, dinde...), du lapin.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22 <input type="checkbox"/>
23. du jambon (blanc, sec).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23 <input type="checkbox"/>
24. de la charcuterie (boudin, saucisson, pâté, rillettes, ...). .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24 <input type="checkbox"/>
25. des saucisses fraîches ou fumées (y compris Merguez).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25 <input type="checkbox"/>
26. des œufs.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26 <input type="checkbox"/>
27. du poisson, des crustacés .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27 <input type="checkbox"/>

Au cours des 12 derniers mois, avec quelle fréquence avez-vous consommé...?

	1 Plusieurs fois par jour	2 Tous les jours ou presque	3 1-3 fois /semaine	4 1-3 fois /mois	5 Jamais ou presque	
<b>Plats garnis :</b>						
28. des friands, croque-monsieur, crêpes fourrés .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28 <input type="checkbox"/>
29. des tourtes, des quiches, de la pizza .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29 <input type="checkbox"/>
30. des sandwichs, des hamburgers.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30 <input type="checkbox"/>
31. des plats cuisinés à la viande : couscous, cassoulet, choucroute.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31 <input type="checkbox"/>
32. des plats cuisinés au poisson : brandade de morue.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32 <input type="checkbox"/>
<b>Fruits (comptes, fruits frais, fruits au sirop) :</b>						
33. des compotes .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33 <input type="checkbox"/>
34. des pommes, des poires, des bananes .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34 <input type="checkbox"/>
35. des abricots, pêches, prunes, cerises, raisin, melon .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35 <input type="checkbox"/>
36. des fraises, framboises .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36 <input type="checkbox"/>
37. des agrumes (oranges, mandarines, pamplemousses) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37 <input type="checkbox"/>
38. des fruits exotiques (ananas, kiwi, mangue, goyave) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38 <input type="checkbox"/>
39. des fruits séchés (abricots, datte, figue, pruneau,...) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39 <input type="checkbox"/>
40. des fruits à coque (noix, noisettes, amandes,...) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40 <input type="checkbox"/>
<b>Biscuits, gâteaux et sucreries :</b>						
41. du chocolat (noir, au lait, aux noisettes,...), de la pâte à tartiner .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41 <input type="checkbox"/>
42. des bonbons .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42 <input type="checkbox"/>
43. des viennoiseries, des biscuits, des gâteaux, des barres céréales ou au chocolat .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43 <input type="checkbox"/>
44. des gâteaux apéritifs salés .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44 <input type="checkbox"/>
<b>Boissons non alcoolisées :</b>						
45. du jus de fruits .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45 <input type="checkbox"/>
46. du sirop ou de l'eau aromatisée .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46 <input type="checkbox"/>
47. du cola, de la limonade, du soda non « light » .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47 <input type="checkbox"/>
48. du cola, de la limonade, du soda « light » .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48 <input type="checkbox"/>
49. de l'eau du robinet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49 <input type="checkbox"/>
50. d'eau en bouteille ou bonbonne (minérale ou de source) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50 <input type="checkbox"/>

## Evénements de vie au cours des trois dernières années

Depuis que votre enfant EDEN a eu 5 ans, vous est-il arrivé un des événements suivants et si oui comment l'avez vous vécu ?

	0 pas survenu	1 moyennement éprouvant	2 très éprouvant	3 extrêmement éprouvant	
1. Décès d'un proche : partenaire, parent, frère ou sœur.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2. Décès d'un enfant (y compris enfant mort-né).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3. Séparation de votre couple.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4. Difficultés financières.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5. Expulsion de votre logement, nécessité de vous reloger.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6. Incendie, inondation ou désastre majeur dans votre logement.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
7. Accident de circulation sérieux, que vous soyez automobiliste, cycliste ou piéton.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
8. Problèmes sérieux de santé pour vous-même.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
9. Problèmes sérieux de santé pour un proche.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
10. Perte de votre travail.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>
11. Perte du travail de votre mari ou partenaire.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/>
12. Vous avez eu des problèmes avec la justice.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
13. Votre partenaire a eu des problèmes avec la justice, emprisonnement.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13 <input type="checkbox"/>
14. Votre partenaire a eu des problèmes d'alcool ou de drogue.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>
15. Votre partenaire vous a frappé ou a exercé d'autres brutalités physiques contre vous.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15 <input type="checkbox"/>
16. Votre partenaire a utilisé la force pour avoir des rapports sexuels avec vous.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>
17. Votre partenaire vous a harcelé ou a contrôlé toutes vos activités.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17 <input type="checkbox"/>
18. Autre événement éprouvant.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18 <input type="checkbox"/>
si autre, lequel .....					saisie texte

## Dernières informations/remarques

Commentaires et remarques

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

saisie texte

Ce questionnaire a été rempli par :

- |\_|1. la mère seule
- |\_|2. la mère avec quelqu'un : précisez : .....
- |\_|3. quelqu'un d'autre : précisez : .....

19 |\_|  
saisie texte

**Merci beaucoup d'avoir pris le temps de remplir ce questionnaire**