

N° d'Identification :

--	--	--	--	--



8 ans
Enfant



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 : |_|_| |_|_| |_|_|

La croissance de votre enfant depuis l'âge de 5 ans

Merci de reporter les mesures du poids et de la taille de votre enfant qui ont été notées dans son carnet de santé depuis l'âge de 5 ans : une par année (la plus ancienne) ainsi que la dernière mesure rapportée si elle a eu lieu à une date différente

<u>Mesure entre 5 et 6 ans :</u>	date (jj/mm/aa)	_ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _
	poids (kg)	_ _ , _	2	_ _ , _
	taille (cm)	_ _ _ , _	3	_ _ _ , _
<u>Mesure entre 6 et 7 ans :</u>	date (jj/mm/aa)	_ _ _ _ _ _	4	_ _ _ _
	poids (kg)	_ _ , _	5	_ _ , _
	taille (cm)	_ _ _ , _	6	_ _ _ , _
<u>Mesure entre 7 et 8 ans :</u>	date (jj/mm/aa)	_ _ _ _ _ _	7	_ _ _ _
	poids (kg)	_ _ , _	8	_ _ , _
	taille (cm)	_ _ _ , _	9	_ _ _ , _
<u>Dernière mesure du carnet de santé :</u> (si date différente des précédentes)	date (jj/mm/aa)	_ _ _ _ _ _	10	_ _ _ _
	poids (kg)	_ _ , _	11	_ _ , _
	taille (cm)	_ _ _ , _	12	_ _ _ , _

Il nous serait très utile que vous fassiez vous-même une pesée et une mesure de la taille et du tour de taille de votre enfant que vous reporterez ci-dessous. Une fiche décrivant comment procéder simplement à ces mesures a été jointe en annexe à ce questionnaire (dernière page).

date (jj/mm/aa)	_ _ _ _ _ _	13	_ _ _ _
poids (kg)	_ _ , _	14	_ _ , _
taille (cm)	_ _ _ , _	15	_ _ _ , _
tour de taille (cm)	_ _ , _	16	_ _ , _

La santé de votre enfant

(Répondez avec l'aide du carnet de santé)

1. Votre enfant prend-il de manière régulière un traitement médicamenteux (comprimés, injections, inhalations, patch..) depuis au moins 3 mois ? ☐ 0. non ☐ 1. oui

1 ☐

Si oui, pouvez-vous écrire ci-dessous EN MAJUSCULE les noms de tous les médicaments concernés (ou agraffer la notice au questionnaire)

1.
2.
3.
4.
5.
6.

saisie texte

2. Votre enfant a-t-il/elle été hospitalisé(e) **depuis l'âge de 5 ans** (pour maladie, traumatisme crânien, chirurgie... y compris les hospitalisations de jour) ? ☐ 0. non ☐ 1. oui

2 ☐

Si oui, combien de fois ?

3

Si oui, indiquez EN MAJUSCULES la ou les raison(s) de son (ou de ses) hospitalisation(s) :

.....
.....

saisie texte

3. **Depuis l'âge de 5 ans**, avez-vous consulté pour votre enfant aux urgences d'un hôpital ou d'une clinique ?

☐ 0. non ☐ 1. oui

4 ☐

Si oui, combien de fois ?

5

4. **Depuis l'âge de 5 ans**, avez-vous consulté un généraliste pour votre enfant ?

☐ 0. non ☐ 1. oui

6 ☐

Si oui, combien de fois ?

7

5. Depuis l'âge de 5 ans, avez-vous consulté un pédiatre ou un autre médecin spécialiste (à son cabinet ou à l'hôpital) pour votre enfant ?

☐ 0. non ☐ 1. oui

8 ☐

Si oui, combien de fois ?

9

combien de spécialistes différents ?

10

6. Depuis l'âge de 5 ans, votre enfant a-t-il/elle eu des éternuements, le nez qui coule ou le nez bouché alors qu'il/elle n'avait pas d'infection respiratoire (ni rhume, ni rhino-pharyngite, ni grippe...) ? ☐0. non ☐1. oui 11 ☐
- Si oui, ces problèmes de nez étaient-ils accompagnés de larmoiements (pleurs) ou de démangeaisons (envie de se gratter) des yeux ? ☐0. non ☐1. oui 12 ☐
7. Depuis l'âge de 5 ans, votre enfant a-t-il/elle eu des sifflements dans la poitrine à un moment quelconque ? ☐0. non ☐1. oui 13 ☐
- Si oui, combien de fois a-t-il/elle eu des crises de sifflements au cours de la dernière année ?
- ☐1. 1 à 3 fois
- ☐2. 4 à 12 fois
- ☐3. Plus de 12 fois 14 ☐
- Combien de fois, en moyenne, ces crises de sifflements l'ont-il/elle réveillé la nuit au cours de la dernière année ?
- ☐0. jamais réveillé avec des sifflements
- ☐1. moins d'une nuit par semaine
- ☐2. une ou plusieurs nuits par semaine 15 ☐
8. Depuis l'âge de 5 ans, votre enfant a-t-il/elle eu une crise d'asthme ? ☐0. non ☐1. oui 16 ☐
- Si oui,
- . ce problème a-t-il nécessité au moins une fois un traitement prescrit par un médecin ? ☐0. non ☐1. oui 17 ☐
- . ce problème a-t-il nécessité au moins une fois une visite aux urgences ? ☐0. non ☐1. oui 18 ☐
- . ce problème a-t-il nécessité au moins une fois une hospitalisation ? ☐0. non ☐1. oui 19 ☐
9. Depuis sa naissance, un médecin vous a-t-il déjà dit que votre enfant était asthmatique ? ☐0. non ☐1. oui 20 ☐
10. Depuis sa naissance, un médecin vous a-t-il déjà dit que votre enfant avait de l'eczéma ou une dermatite atopique ? ☐0. non ☐1. oui 21 ☐
11. Depuis l'âge de 5 ans, votre enfant a-t-il, eu sur la peau une éruption (plaques rouges, boutons, ...) qui démange (envie de se gratter), et qui apparaît et disparaît par intermittence ? ☐0. non ☐1. oui 22 ☐
- Si oui, cette éruption qui démange a-t-elle touché l'une des zones suivantes : les plis des coudes, derrière les genoux, en avant des chevilles, sous les fesses, autour du cou, autour des yeux ou des oreilles ? ☐0. non ☐1. oui 23 ☐

Combien de fois au cours de cette dernière année cette éruption qui démange a-t-elle empêché votre enfant de dormir ?

☐ 0. jamais

☐ 1. une nuit au cours d'une même semaine ou moins

☐ 2. plusieurs nuits au cours d'une même semaine

24 ☐

12. Depuis l'âge de 5 ans, votre enfant a-t-il/elle eu des réactions exagérées (gonflement des lèvres, du visage, problèmes gastro-intestinaux) après avoir consommé un aliment ? ☐ 0. non ☐ 1. oui

25 ☐

saisie texte

saisie texte

26 ☐

Si oui, . pour quel aliment ?

. quelle réaction ?

. combien de temps après l'ingestion ? ☐☐ h ☐☐ mn

13. Depuis sa naissance, un médecin vous a-t-il déjà dit que votre enfant avait une allergie alimentaire ?

☐ 0. non ☐ 1. oui

27 ☐

saisie texte

28 ☐

Si oui, . pour quel aliment ?

. est-ce que vous avez éliminé un aliment particulier ou une boisson en raison de cette allergie ?

☐ 0. non ☐ 1. oui

14. Depuis l'âge de 5 ans, votre enfant a-t-il/elle déjà eu une ou plusieurs réactions anormales après une piqûre d'insecte (guêpe, abeille), après avoir pris un médicament ou après un vaccin (cochez la case correspondante) ?

☐ 0. non ☐ 1. oui

29 ☐

Si oui, type de réaction :

1
après piqûre
d'insecte

2
après
médicament

- gonflement exagéré au point de piqûre

☐

☐

30 ☐

- gonflement du visage

☐

☐

31 ☐

- urticaire généralisée

☐

☐

32 ☐

- vomissements ou diarrhée

☐

☐

33 ☐

- étouffement

☐

☐

34 ☐

- malaise

☐

☐

35 ☐

- perte de connaissance

☐

☐

36 ☐

- oedème de Quincke

☐

☐

37 ☐

15. Depuis sa naissance, un médecin vous a-t-il déjà dit que votre enfant avait fait une ou des crises d'urticaire ?

☐ 0. non ☐ 1. oui

38 ☐

16. Depuis l'âge de 5 ans, votre enfant a-t-il pris :				
- un traitement antibiotique (par injection ou par la bouche) ?	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui		39 <input type="checkbox"/>
Si oui, combien de fois ?	<input type="checkbox"/> 1 fois	<input type="checkbox"/> 2 fois	<input type="checkbox"/> 3 fois ou +	40 <input type="checkbox"/>
- de la Vitamine D (Stérogyl, Zyma D2, ZymaDuo, Uvestérol, Uvédose, ...) ?	<input type="checkbox"/> 0.non	<input type="checkbox"/> 1.oui	<input type="checkbox"/> 2. ne sais pas	41 <input type="checkbox"/>
- du Fer (Fumafer, Ferrostrane, ...) :	<input type="checkbox"/> 0.non	<input type="checkbox"/> 1.oui	<input type="checkbox"/> 2. ne sais pas	42 <input type="checkbox"/>
17. Votre enfant a-t-il/elle des difficultés pour marcher ou courir ?	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui		43 <input type="checkbox"/>
Si oui, lesquelles :				saisie texte
18. Votre enfant a-t-il/elle des problèmes de coordination, une maladresse manuelle, etc. ?	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui		44 <input type="checkbox"/>
Si oui, lesquelles :				saisie texte
19. Depuis l'âge de 5 ans, votre enfant a-t-il/elle eu des séances de kinésithérapie motrice ?	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui		45 <input type="checkbox"/>
Si oui, pourquoi ?				saisie texte
20. Depuis l'âge de 5 ans, votre enfant a-t-il/elle eu des séances de psychomotricité ?	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui		46 <input type="checkbox"/>
Si oui, pourquoi ?				saisie texte
21. Depuis l'âge de 5 ans, votre enfant a-t-il/elle eu des séances d'ergothérapie ?	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui		47 <input type="checkbox"/>
Si oui, pourquoi ?				saisie texte
22. Avez-vous déjà consulté un psychologue, un pédopsychiatre, une psychomotricienne, un Centre Médico-Psychologique (CMP, CMPP) ou un Centre d'Action Médico Sociales Précoce (CAMSP) pour votre enfant ?	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui		48 <input type="checkbox"/>
Si oui, . pour un bilan?	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui		49 <input type="checkbox"/>
. pour une prise en charge ?	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui		50 <input type="checkbox"/>
. à cause de difficultés de votre enfant (sommeil, alimentation, comportement) ?	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui		51 <input type="checkbox"/>
. pour faire des tests ?	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui		52 <input type="checkbox"/>
. pour une autre raison ?	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui		53 <input type="checkbox"/>
Si autre, préciser				saisie texte
23. Avez-vous déjà consulté un ophtalmologiste pour votre enfant ?	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui		54 <input type="checkbox"/>
24. Est-ce qu'on lui a prescrit des lunettes ?	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui		55 <input type="checkbox"/>
Si oui, les porte-t-il/elle régulièrement ?	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui		56 <input type="checkbox"/>

32. Depuis l'âge de 5 ans, si votre enfant a ou a eu, d'autre(s) problème(s) de santé que ceux des questions précédentes (en dehors des rhinopharyngites, rhumes, ou gastroentérites) qui ont nécessité une consultation médicale, merci de les lister ci-dessous en MAJUSCULES : (vous pouvez vous aider de son carnet de santé) :

.....

.....

.....

.....

.....

saisie texte

33. Dans l'ensemble, considérez-vous la santé de votre enfant comme :
☐ 1. excellente
☐ 2. bonne
☐ 3. moyenne
☐ 4. mauvaise

76 ☐

34. Dans l'ensemble, considérez-vous le développement de votre enfant comme :
☐ 1. en avance
☐ 2. normal
☐ 3. en peu en retard
☐ 4. très en retard

77 ☐

35. Depuis l'âge de 5 ans, votre enfant est-il allé chez le dentiste ?
☐ 0. non ☐ 1. oui
 Si oui, combien de fois ? ☐ 1 fois ☐ 2 fois ☐ 3 fois ou +

78 ☐

79 ☐

Pour quel(s) motif(s) :

Le rendez-vous gratuit de prévention M'T dents ? ☐ 0. non ☐ 1. oui
 Un contrôle autre ? ☐ 0. non ☐ 1. oui
 Une douleur ? ☐ 0. non ☐ 1. oui
 Un traumatisme ? ☐ 0. non ☐ 1. oui
 Soigner une carie ? ☐ 0. non ☐ 1. oui

80 ☐

81 ☐

82 ☐

83 ☐

84 ☐

Autre : précisez :

saisie texte

36. A votre connaissance, votre enfant a-t-il des caries non soignées ? ☐ 0. non ☐ 1. oui

85 ☐

37. Votre enfant a-t-il eu un ou plusieurs traumatisme(s) sur ses dents définitives? ☐ 0. non ☐ 1. oui

86 ☐

38. <u>Depuis l'âge de 5 ans</u> , a-t-on extrait ou « arraché » des dents à votre enfant ?	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	87 <input type="checkbox"/>
<u>Si oui</u> , combien de dents ont été enlevées ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		88 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
. pour quelle(s) raison(s) :	<input type="checkbox"/> 1. un traumatisme		
	<input type="checkbox"/> 2. une carie		
	<input type="checkbox"/> 3. une dent de lait qui peinait à tomber seule		89 <input type="checkbox"/>
39. Votre enfant porte-t-il un appareil orthodontique (pour redresser les dents) ?	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	90 <input type="checkbox"/>
40. Le dentiste vous a-t-il dit que votre enfant devrait porter un appareil plus tard ?	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	91 <input type="checkbox"/>
41. Hier, votre enfant s'est-il brossé les dents :	<input type="checkbox"/> 0. 0 fois		
	<input type="checkbox"/> 1. 1 fois		
	<input type="checkbox"/> 2. 2 fois ou plus		92 <input type="checkbox"/>
S'il/elle s'est brossé les dents, a-t-il/elle utilisé du dentifrice	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	93 <input type="checkbox"/>
<u>Si oui</u> , le dentifrice contient-il du fluor ?	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	<input type="checkbox"/> 2. ne sais pas
. le dentifrice est-il le même pour toute la famille	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	94 <input type="checkbox"/>
. le dentifrice est-il spécial pour enfants ?	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	95 <input type="checkbox"/>
			96 <input type="checkbox"/>

L'alimentation de votre enfant

1. Dans une semaine ordinaire actuellement, combien de fois votre enfant prend-il habituellement ses repas à la maison ?

	0 Jamais	1 1-3 fois	2 4-6 fois	3 7 fois
Le petit déjeuner :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le déjeuner :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le goûter :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le dîner :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1 ☐
2 ☐
3 ☐
4 ☐

2. Votre enfant mange-t-il à la cantine à l'école ou au centre de loisirs :

- ☐ 1. 5 jours par semaine
☐ 2. 4 jours par semaine
☐ 3. 2 ou 3 jours par semaine
☐ 4. Plus rarement ou jamais

5 ☐

3. Dans une semaine ordinaire actuellement, votre enfant prend-il un goûter

- ☐ 1. Tous les jours ou presque
☐ 2. 3 à 5 fois par semaine
☐ 3. 1 à 3 fois par semaine
☐ 4. Plus rarement ou jamais

6 ☐

4. Votre enfant mange-t-il entre les principaux repas (petit-déjeuner, déjeuner, goûter, dîner) ?

- ☐ 1. jamais
☐ 2. parfois
☐ 3. souvent
☐ 4. toujours

7 ☐

5. A la maison, votre enfant prend-il le plus souvent les différents repas de la journée :

Si votre enfant ne prend pas de petit déjeuner, cochez cette case et ne remplissez pas la colonne « petit déjeuner » ☐

8 ☐

	petit déjeuner	déjeuner	dîner
seul sans les autres membres de la famille.....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 1.
avec d'autres membres de la famille mais sans les parents.....	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 2.
avec au moins un des parents et éventuellement les autres membres de la famille..	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 3.
autre.....	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 4.

9 ☐
10 ☐
11 ☐
12 ☐

si autre, précisez :

saisie texte

6. La télévision est-elle allumée dans la pièce pendant que l'enfant prend ses 3 principaux repas lorsqu'il est à la maison ?

- ☐1. jamais
☐2. parfois
☐3. souvent
☐4. toujours

13 ☐

7. Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier prescrit par un médecin ?

- ☐0.non ☐1.oui

14 ☐

saisie texte

Si oui, précisez :

8. D'une façon générale, diriez-vous que votre enfant :

- ☐0. n'a pas souvent faim
☐1. a un appétit normal pour un enfant de son âge
☐2. a toujours faim, demande toujours à manger

15 ☐

Pour chacune des affirmations suivantes, veuillez cocher la case qui correspond le mieux au comportement de votre enfant

0 1 2 3 4
Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours

- | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| 9. Mon enfant aime beaucoup manger..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16 <input type="checkbox"/> |
| 10. Mon enfant mange davantage quand il/elle s'inquiète..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 17 <input type="checkbox"/> |
| 11. Mon enfant a bon appétit..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 18 <input type="checkbox"/> |
| 12. Mon enfant termine ses repas rapidement..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 19 <input type="checkbox"/> |
| 13. Mon enfant apprécie la nourriture..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 20 <input type="checkbox"/> |
| 14. La première réaction de mon enfant est de refuser de goûter à tout aliment inconnu..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 21 <input type="checkbox"/> |
| 15. Mon enfant mange lentement..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 22 <input type="checkbox"/> |
| 16. Mon enfant aime goûter à de nouveaux aliments..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 23 <input type="checkbox"/> |
| 17. Mon enfant demande toujours à manger..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 24 <input type="checkbox"/> |
| 18. Mon enfant mange davantage quand il/elle s'ennuie..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 25 <input type="checkbox"/> |
| 19. Si je lui permettais, mon enfant mangerait trop..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 26 <input type="checkbox"/> |
| 20. Mon enfant mange davantage quand il/elle est anxieux(se)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 27 <input type="checkbox"/> |
| 21. Mon enfant aime bien manger des aliments très variés..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 28 <input type="checkbox"/> |
| 22. À la fin du repas, mon enfant laisse toujours de la nourriture dans son assiette..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 29 <input type="checkbox"/> |

	0	1	2	3	4	
	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours	
23. Mon enfant prend plus de 30 minutes pour finir son repas.....	_	_	_	_	_	30 _
24. Si mon enfant avait le choix, il/elle mangerait presque tout le temps....	_	_	_	_	_	31 _
25. Mon enfant attend l'heure du repas avec impatience.....	_	_	_	_	_	32 _
26. Mon enfant est rassasié(e) avant la fin du repas.....	_	_	_	_	_	33 _
27. Mon enfant prend plaisir à manger.....	_	_	_	_	_	34 _
28. Mon enfant mange davantage quand il/elle est content(e).....	_	_	_	_	_	35 _
29. Il est difficile de trouver un menu qui plaise à mon enfant.....	_	_	_	_	_	36 _
30. Mon enfant est rassasié(e) facilement.....	_	_	_	_	_	37 _
31. Mon enfant mange davantage quand il/elle n'a rien d'autre à faire.....	_	_	_	_	_	38 _
32. Même lorsque mon enfant est rassasié(e), il/elle trouve toujours de la place pour manger sa nourriture préférée.....	_	_	_	_	_	39 _
33. Mon enfant ne peut pas manger son repas quand il/elle vient juste d'avoir mangé un snack.....	_	_	_	_	_	40 _
34. Mon enfant aime goûter à des aliments auxquels il/elle n'a jamais goûté avant.....	_	_	_	_	_	41 _
35. Mon enfant décide qu'il/elle n'aime pas un aliment, avant même d'y avoir goûté.....	_	_	_	_	_	42 _
36. Si on le/la laissait, mon enfant serait toujours en train de manger.....	_	_	_	_	_	43 _
37. Mon enfant mange de plus en plus lentement tout au long du repas.....	_	_	_	_	_	44 _

Ce questionnaire porte sur l'alimentation de votre enfant A LA MAISON au cours des 12 derniers mois

Une liste d'aliments vous est proposée. Pouvez-vous indiquer à côté de chacun **la fréquence avec laquelle votre enfant a consommé cet aliment (ou groupe d'aliments)** au cours des **12 derniers mois**, que ce soit **AU COURS DES REPAS PRIS A LA MAISON OU ENTRE LES REPAS**.

Pour chaque aliment présenté, cochez la case correspondant à la fréquence de sa consommation. Si votre enfant prend des repas en dehors de la maison, n'en tenez pas compte.

Si votre enfant consomme certains fruits et légumes seulement quelques mois de l'année, indiquez sa consommation pendant cette période

Exemple :

Au cours des 12 derniers mois, votre enfant a consommé à la maison :

de la salade verte, 2 fois par semaine

de la mâche, 1 fois par semaine

de la roquette, jamais

du cresson, jamais

Votre enfant a donc consommé 3 fois par semaine de ce groupe d'aliment et vous devez cocher la case « 1-3 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 : ☐ ☐ ☒ ☐ ☐

Au cours des 12 derniers mois, avec quelle fréquence votre enfant a-t-il 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		
Pain et produits céréaliers :							
1. du pain, des biscottes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
2. des céréales de type petit déjeuner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
Fromages et produits laitiers :							
3. du lait.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
4. du fromage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
5. des yaourts, des petits suisses, du fromage blanc.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
6. des entremets (crèmes desserts, liégeois, mousses, flans,...).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>

Au cours des 12 derniers mois, avec quelle fréquence votre enfant a-t-il 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	
Légumes :						
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.....	<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, 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"/>
Féculents et céréales :						
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"/>
Viande, poisson, œufs :						
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 votre enfant a-t-il 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	
Plats garnis :						
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 sandwiches, 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"/>
Fruits (comptes, fruits frais, fruits au sirop) :						
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"/>
Biscuits, gâteaux et sucreries :						
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"/>
Boissons non alcoolisées :						
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"/>

La vie quotidienne de votre enfant

1. Votre enfant vit-il/elle actuellement la plupart du temps ?

- ☐ 1. chez sa mère et son père
☐ 2. chez sa mère
☐ 3. chez son père
☐ 4. garde alternée père / mère
☐ 5. autre

1 ☐

Si autre, précisez :

saisie texte

Si garde alternée, précisez le temps passé chez chacun des parents :

saisie texte

2. Si vous travaillez (ou êtes étudiante ou en formation), quel est actuellement (ou quel était-il avant les vacances si vous répondez pendant les vacances), en dehors de l'école, le ou les principaux mode de garde de votre enfant pendant vos heures de travail ?

- ☐ 1. garderie, centre aéré, centre de loisirs
☐ 2. assistante maternelle
☐ 3. voisine
☐ 4. membre de votre famille (mère, sœur..)
☐ 5. employée, baby-sitter qui vient à votre domicile
☐ 6. votre mari ou partenaire
☐ 7. autre

2 ☐

3 ☐

4 ☐

5 ☐

6 ☐

7 ☐

8 ☐

Si autre, précisez :

saisie texte

3. Confiez-vous votre enfant le matin avant l'école à la garderie ou au centre de loisirs ?

- ☐ 1. tous les jours d'école ☐ 2. presque tous les jours d'école ☐ 3. rarement ☐ 4. jamais

9 ☐

4. Confiez-vous votre enfant le matin avant l'école à une nounou, une babysitter, un(e) voisin(e)...?

- ☐ 1. tous les jours d'école ☐ 2. presque tous les jours d'école ☐ 3. rarement ☐ 4. jamais

10 ☐

Le soir, après la journée d'école, votre enfant

5. reste à l'étude

- ☐ 1. tous les jours d'école ☐ 2. presque tous les jours d'école ☐ 3. rarement ☐ 4. jamais

11 ☐

6. fréquente le centre de loisirs

- ☐ 1. tous les jours d'école ☐ 2. presque tous les jours d'école ☐ 3. rarement ☐ 4. jamais

12 ☐

7. va chez une nourrice, un membre de la famille (grands-parents, tatne, oncle...), un(e) voisin(e)					
_ 1. tous les jours d'école	_ 2. presque tous les jours d'école	_ 3. rarement	_ 4. jamais	13	_
8. est confié à une baby sitter à domicile					
_ 1. tous les jours d'école	_ 2. presque tous les jours d'école	_ 3. rarement	_ 4. jamais	14	_
9. Au cours de cette année scolaire, en dehors des journées d'école, votre enfant fréquente-t-il un centre de loisirs					
le mercredi	_ 1. régulièrement	_ 2. occasionnellement	_ 3. Jamais	15	_
le samedi	_ 1. régulièrement	_ 2. occasionnellement	_ 3. Jamais	16	_
pendant les petites vacances	_ 1. régulièrement	_ 2. occasionnellement	_ 3. Jamais	17	_
pendant les dernières vacances d'été	_ 1. régulièrement	_ 2. occasionnellement	_ 3. Jamais	18	_
10. Au cours des 12 derniers mois, votre enfant est-il parti en colonie de vacances ou camps (plus de 5 nuits) ?					
_ 1. plusieurs fois	_ 2. une seule fois	_ 3. jamais		19	_
11. Au cours des 12 derniers mois, votre enfant est-il parti en mini-camps ou court séjour (de 1 à 4 nuits) ?					
_ 1. plusieurs fois	_ 2. une seule fois	_ 3. jamais		20	_
12. Le plus souvent, à quelle heure votre enfant se couche-t-il le soir ?					
en semaine :	_ _ heures	_ _ minutes		21	_ _ _ _
le week-end :	_ _ heures	_ _ minutes		22	_ _ _ _
13. Le plus souvent, à quelle heure votre enfant se réveille-t-il le matin ?					
en semaine :	_ _ heures	_ _ minutes		23	_ _ _ _
le week-end :	_ _ heures	_ _ minutes		24	_ _ _ _
14. Habituellement, comment la distance qui sépare votre domicile de l'école fréquentée par votre enfant EDEN est-elle parcourue par l'enfant et son accompagnateur éventuel ? (deux réponses possibles)					
_ 1. à pied					
_ 2. à vélo, roller, trottinette					
_ 3. à moto					
_ 4. en voiture				25	_
_ 5. en bus ou autre transport en commun				26	_
_ 6. autre, précisez :					saisie texte
15. Combien de temps dure généralement ce trajet (aller seulement) ?	_ _ minutes			27	_ _

16. Habituellement les jours de classe, combien de fois votre enfant fait-il le trajet école-domicile par jour ?			
	<input type="checkbox"/> 0. un aller-retour <input type="checkbox"/> 1. deux aller-retour	28	<input type="text"/>
17. Existe-t-il une organisation collective d'accompagnement pédestre des enfants de votre école dans votre quartier ou village (ex : pedibus) ?			
	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. Ne sais pas	29	<input type="text"/>
	Si oui, l'utilisez-vous ? <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	30	<input type="text"/>
	Si non, pourquoi ?		saisie texte
18. Votre enfant a-t-il une télévision dans sa chambre ?		<input type="checkbox"/> 0.non <input type="checkbox"/> 1.oui	31 <input type="text"/>
19. Votre enfant a-t-il un ordinateur dans sa chambre ?		<input type="checkbox"/> 0.non <input type="checkbox"/> 1.oui	32 <input type="text"/>
20. Combien de personnes partagent actuellement la chambre à coucher de l'enfant ? - adultes (18 ans ou +)		<input type="text"/>	33 <input type="text"/>
	- enfants (moins de 18 ans)	<input type="text"/>	34 <input type="text"/>
21. Combien de très bons amis votre enfant a-t-il/elle environ ? (ne pas compter les frères et sœurs)		<input type="checkbox"/> 1. aucun <input type="checkbox"/> 2. un <input type="checkbox"/> 3. deux ou trois <input type="checkbox"/> 4. quatre ou plus	35 <input type="text"/>
Si aucun, passez directement à la question 23			
Si au moins un,			
22. Il les a connus,			
à l'école	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	36	<input type="text"/>
parmi les enfants de vos amis, voisins	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	37	<input type="text"/>
dans un club, une association, au centre de loisir, en colonie de vacances	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	38	<input type="text"/>
autre (préciser :.....)	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	39	<input type="text"/>
			saisie texte
22. A peu près combien de fois par semaine se voient-ils/elles en dehors de l'école ?		<input type="checkbox"/> 1. moins d'une fois <input type="checkbox"/> 2. une ou deux fois <input type="checkbox"/> 3. trois ou plus	40 <input type="text"/>
22. Ils se voient			
à votre domicile ou à leur domicile	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	41	<input type="text"/>
dans un club, une association, au centre de loisir, en colonie de vacances	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	42	<input type="text"/>
autre (préciser :.....)	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	43	<input type="text"/>
			saisie texte

23. Au cours des 12 derniers mois, votre enfant a-t-il pratiqué une ou plusieurs activités culturelles, artistiques, manuelles ou scientifiques en dehors de l'école ?

|__|0.non |__|1.oui

44 |__|

Si oui,

24. Le tableau ci-dessous propose une liste d'activités culturelles (lignes) dans différents contextes (colonnes). Ce tableau concerne les activités culturelles mais **non sportives**. Merci de cocher les activités que votre enfant a effectuées plus de 10 fois dans un même contexte au cours des 12 derniers mois.

Activités	Dans un club, une association, un conservatoire	Au centre de loisirs, centre aéré (le soir après la journée d'école, le mercredi, pendant les vacances...)	En colonie ou camp de vacances	En famille	Seul ou entre amis
Pratique d'un instrument de musique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Théâtre, chant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecriture (histoires, poèmes,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuisine, bricolage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dessin, peinture, sculpture, poterie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Photo, cinéma, vidéo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activités scientifiques, techniques, découverte de la nature (astronomie, archéologie, informatique, chimie...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre activité (la citer) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'activité physique de votre enfant

<p>1. Votre enfant a-t-il un handicap lui rendant impossible la pratique d'activité physique ou sportive ? <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui</p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p>
<p>Si oui, passer directement aux questions sur l'école page 27</p>	
<p>2. Dans le cadre de l'école, combien d'heures sont consacrées à une activité sportive?</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 0. moins d'une heure par semaine</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 1. deux à trois heures par semaine</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 2. quatre heures ou plus par semaine</p>	<p>2 <input type="checkbox"/></p>
<p>3. Comparé à d'autres enfants du même âge, votre enfant est-il en général ?</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 1. plus actif physiquement (court, remue beaucoup plus)</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 2. aussi actif que les autres</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 3. moins actif physiquement</p>	<p>3 <input type="checkbox"/></p>
<p>4. Votre enfant s'intéresse-t-il au sport à la télé ou dans les journaux ? <input type="checkbox"/> 0.non <input type="checkbox"/> 1.oui <input type="checkbox"/> 2.ne sais pas</p>	<p>4 <input type="checkbox"/></p>
<p>5. Au cours d'une semaine habituelle, hors vacances scolaires, combien de temps votre enfant passe-t-il à regarder la télévision</p> <p style="margin-left: 20px;">le mercredi <input type="text"/> heure(s) <input type="text"/> minute(s)</p> <p style="margin-left: 20px;">un jour de week-end <input type="text"/> heure(s) <input type="text"/> minute(s)</p> <p style="margin-left: 20px;">un autre jour de la semaine <input type="text"/> heure(s) <input type="text"/> minute(s)</p>	<p>5 <input type="text"/> h <input type="text"/> m</p> <p>6 <input type="text"/> h <input type="text"/> m</p> <p>7 <input type="text"/> h <input type="text"/> m</p>
<p>6. Au cours d'une semaine habituelle, hors vacances scolaires, combien de temps votre enfant passe-t-il devant l'ordinateur (internet, jeux vidéo...) ?</p> <p style="margin-left: 20px;">le mercredi <input type="text"/> heure(s) <input type="text"/> minute(s)</p> <p style="margin-left: 20px;">un jour de week-end <input type="text"/> heure(s) <input type="text"/> minute(s)</p> <p style="margin-left: 20px;">un autre jour de la semaine <input type="text"/> heure(s) <input type="text"/> minute(s)</p>	<p>8 <input type="text"/> h <input type="text"/> m</p> <p>9 <input type="text"/> h <input type="text"/> m</p> <p>10 <input type="text"/> h <input type="text"/> m</p>
<p>7. Au cours d'une semaine habituelle, hors vacances scolaires, combien de temps votre enfant passe-t-il à jouer à des consoles de jeux portables (Playstations,...) ?</p> <p style="margin-left: 20px;">le mercredi <input type="text"/> heure(s) <input type="text"/> minute(s)</p> <p style="margin-left: 20px;">un jour de week-end <input type="text"/> heure(s) <input type="text"/> minute(s)</p> <p style="margin-left: 20px;">un autre jour de la semaine <input type="text"/> heure(s) <input type="text"/> minute(s)</p>	<p>11 <input type="text"/> h <input type="text"/> m</p> <p>12 <input type="text"/> h <input type="text"/> m</p> <p>13 <input type="text"/> h <input type="text"/> m</p>

8. Au cours d'une semaine habituelle, hors vacances scolaires, combien de temps votre enfant passe-t-il habituellement à jouer dehors (dans un jardin, un parc, ...) en dehors des heures d'école et de centre aéré ou de loisir :
- | | | | |
|---------------------|--------------|------------------|-------------------|
| le mercredi | __ heure(s) | __ __ minute(s) | 14 __ h __ __ m |
| un jour de week-end | __ heure(s) | __ __ minute(s) | 15 __ h __ __ m |
| un jour de semaine | __ heure(s) | __ __ minute(s) | 16 __ h __ __ m |
9. Est-ce qu'un ou plusieurs membres de la famille pratique régulièrement un sport ou une activité de plein air avec l'enfant EDEN ? |__|0. non |__|1. oui 17 |__|
- Si oui combien d'heures par semaine environ ? |__| heure(s) |__|__| minute(s) 18 |__|h |__|__|m
10. **Dans le tableau page suivante**, entourez les numéros correspondant à toutes les activités que votre enfant a effectuées plus de 10 fois au cours des 12 derniers mois (en club, en famille, seul ou avec des amis, au centre de loisirs, en colonie). Ces activités peuvent avoir été pratiquées pendant les vacances, mais pas pendant les heures d'école.

1	Arts Martiaux (judo..)	12	Frisbee	23	Patinage sur glace	34	Ski nautique
2	Athlétisme	13	Golf	24	Pêche	35	Squash
3	Badminton	14	Gymnastique	25	Pétanque	36	Tennis
4	Basket-ball	15	Hand-ball	26	Ping pong	37	Trottinette
5	Canoë/kayak	16	Jardinage	27	Piscine loisir	38	Vélo ballade
6	Chasse	17	Karting	28	Planche à voile	39	Voile
7	Cheval/poney	18	Marche/promenade	29	Randonnée	40	Volley-ball
8	Course à pied	19	Natation club	30	Rugby	41	VTT
9	Danse	20	Natation synchronisée	31	Skateboard	42	Autre.....
10	Escalade/alpinisme	21	Patin à Roulettes/ Roller	32	Ski, Surf alpin	43	Autre.....
11	Football	22	Patin à Roulettes/ Roller compétition	33	Ski de fond	44	Autre.....

Lister ici les activités cochées sur le tableau précédent en les inscrivant dans la colonne "Activités" et estimer le temps passé dans chacune de ces activités (au cours des 12 derniers mois) :

Activités	Combien de mois / an	Combien de fois / mois	Combien de minutes / à chaque fois

Le comportement de votre enfant

Pour chaque question **cocher la réponse qui correspond le mieux à votre enfant** :

« Non pas vrai », « Parfois ou un peu vrai » ou « Oui très vrai ». Cela nous aiderait si vous répondiez à chaque question du mieux que vous pouvez, même si vous n'êtes pas absolument sûre ou si la question vous paraît inadéquate. Répondez en vous basant sur le comportement de votre enfant au cours des six derniers mois.

	0 non, pas vrai	1 parfois, ou un peu vrai	2 oui, très vrai	
1. Attentif aux autres, tient compte de ce qu'ils ressentent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2. Agité(e), hyperactif(ve), ne tient pas en place	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3. Se plaint souvent de maux de tête ou de ventre ou de nausées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4. Partage facilement avec les autres enfants (friandises, jouets, crayons, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5. Fait souvent des crises de colères, ou s'emporte facilement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6. Frappe, mord, donne des coups de pied à d'autres enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
7. Est en général obéissant(e), fait habituellement ce que les adultes demandent ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
8. S'inquiète souvent, paraît souvent soucieux(se)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
9. Aide volontiers quand quelqu'un s'est fait mal ou ne se sent pas bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
10. Ne tient pas en place ou se tortille constamment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>
11. A au moins un(e) ami(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/>
12. Se bagarre souvent avec les autres enfants ou les tyrannise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
13. Souvent malheureux(se), abattu(e) ou pleure souvent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13 <input type="checkbox"/>
14. Généralement aimé(e) des autres enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>
15. Se met en colère et brise des objets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15 <input type="checkbox"/>
16. Anxieux ou se cramponne aux adultes dans les situations nouvelles, perd facilement ses moyens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>
17. Gentil(le) avec les enfants plus jeunes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17 <input type="checkbox"/>
18. Ment ou triche souvent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18 <input type="checkbox"/>

	0 non, pas vrai	1 parfois, ou un peu vrai	2 oui, très vrai	
19. Harcelé(e) ou tyrannisé(e) par les autres enfants.....	__	__	__	19 __
20. Toujours prêt(e) à aider les autres (parents, maîtresse, autres enfants)	__	__	__	20 __
21. Réfléchit avant d'agir	__	__	__	21 __
22. Vole à la maison, à l'école ou ailleurs	__	__	__	22 __
23. S'entend mieux avec les adultes qu'avec d'autres enfants	__	__	__	23 __
24. A de nombreuses peurs, facilement effrayé(e)	__	__	__	24 __
25. Va jusqu'au bout des tâches ou devoirs, maintient bien son attention	__	__	__	25 __
26. Attaque physiquement les autres	__	__	__	26 __
27. Plutôt solitaire, a tendance à jouer seul(e)	__	__	__	27 __
28. Facilement distrait(e), a du mal à se concentrer	__	__	__	28 __
29. Se met en colère et frappe ou menace de frapper les autres	__	__	__	29 __
30. Ne semble pas avoir de remords après s'être mal conduit	__	__	__	30 __
31. Ne change pas sa conduite après avoir été puni	__	__	__	31 __
32. A de la difficulté à attendre son tour dans un jeu	__	__	__	32 __
33. Dans l'ensemble, estimez-vous que votre enfant éprouve des difficultés, dans l'un ou l'autre de ces domaines : émotion, concentration, comportement ou relation avec les autres?				
__ 0. non	__ 1. Oui, mineures	__ 2. Oui, importantes	__ 3. Oui, sérieuses	33 __
Si non, passer directement aux questions sur l'école page 27				
<u>Si oui,</u>				
34. Ces difficultés on été présentes depuis?				
__ 0. Moins d'un mois	__ 1. 1-5 mois	__ 2. 6-12 mois	__ 3. Plus d'un an	34 __

35. Est-ce qu'elles dérangent ou gênent votre enfant?	<input type="checkbox"/> 0. Pas du tout <input type="checkbox"/> 1. Un peu <input type="checkbox"/> 2. Assez <input type="checkbox"/> 3. Beaucoup	35 <input type="checkbox"/>
36. Est-ce que ces difficultés interfèrent dans la vie quotidienne de votre enfant dans les domaines suivants?		
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> Pas du tout Un peu Assez Beaucoup </div>	
La vie à la maison.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	36 <input type="checkbox"/>
Les amitiés.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	37 <input type="checkbox"/>
Les apprentissages à l'école.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	38 <input type="checkbox"/>
Les loisirs.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	39 <input type="checkbox"/>
37. Est-ce que ces difficultés pèsent sur vous ou sur la famille en général?	<input type="checkbox"/> 0. Pas du tout <input type="checkbox"/> 1. Un peu <input type="checkbox"/> 2. Assez <input type="checkbox"/> 3. Beaucoup	40 <input type="checkbox"/>

Votre enfant et l'école

- | | | |
|--|--|---|
| <p>1. Votre enfant est-il scolarisé :</p> | <p><input type="checkbox"/> 1. dans une école publique
 <input type="checkbox"/> 2. dans une école privée
 <input type="checkbox"/> 3. dans une institution spécialisée
 <input type="checkbox"/> 4. autre (enseignement à domicile...)</p> <p style="text-align: center;">Si autre, précisez :</p> | <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>saisie texte</p> |
| <p>2. En quelle classe est-il (ou sera-t-il à la rentrée, si vous remplissez ce questionnaire pendant l'été) ?</p> | <p><input type="checkbox"/> 1. école primaire : CE1
 <input type="checkbox"/> 2. école primaire : CE2
 <input type="checkbox"/> 3. école primaire : CM1
 <input type="checkbox"/> 4. CLIS
 <input type="checkbox"/> 5. autre</p> <p style="text-align: center;">Si CLIS ou autre, précisez :</p> | <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>saisie texte</p> |
| <p>3. Estimez-vous que l'enseignement que votre enfant reçoit depuis son entrée au CP est</p> | <p><input type="checkbox"/> 1. très satisfaisant
 <input type="checkbox"/> 2. assez satisfaisant
 <input type="checkbox"/> 3. peu satisfaisant
 <input type="checkbox"/> 4. pas satisfaisant du tout</p> | <p>3 <input type="checkbox"/></p> |
| <p>4. Votre enfant a-t-il redoublé une classe ?</p> <p><u>Si oui</u>, laquelle ?</p> | <p><input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui</p> <p><input type="checkbox"/> 1. grande section maternelle
 <input type="checkbox"/> 2. CP
 <input type="checkbox"/> 3. CE1
 <input type="checkbox"/> 4. CE2</p> | <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/></p> |
| <p>5. Votre enfant a-t-il été à l'école maternelle (y compris sections maternelles d'école primaire) ?</p> <p><u>Si oui</u> - pendant combien de temps ?</p> | <p><input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui</p> <p><input type="checkbox"/> 1. une année ou moins
 <input type="checkbox"/> 2. deux années
 <input type="checkbox"/> 3. trois années
 <input type="checkbox"/> 4. quatre années ou plus</p> | <p>6 <input type="checkbox"/></p> <p>7 <input type="checkbox"/></p> |

- où votre enfant a-t-il accompli sa scolarité maternelle ?			
<input type="checkbox"/> 1. entièrement à l'école publique <input type="checkbox"/> 2. entièrement à l'école privée <input type="checkbox"/> 3. à la fois à l'école publique et à l'école privée			8 <input type="checkbox"/>
- estimez-vous que l'enseignement que votre enfant a reçu pendant son passage à l'école maternelle est			
<input type="checkbox"/> 1. très satisfaisant <input type="checkbox"/> 2. assez satisfaisant <input type="checkbox"/> 3. peu satisfaisant <input type="checkbox"/> 4. pas satisfaisant du tout			9 <input type="checkbox"/>
6. Depuis son entrée au CP, pensez-vous que votre enfant est dans l'ensemble			
<input type="checkbox"/> 1. un élève qui a de grosses difficultés <input type="checkbox"/> 2. un élève qui a un peu de difficultés <input type="checkbox"/> 3. un assez bon élève <input type="checkbox"/> 4. un excellent élève			10 <input type="checkbox"/>
7. Votre enfant a t il actuellement des difficultés scolaires	<input type="checkbox"/> 0.non	<input type="checkbox"/> 1.oui	11 <input type="checkbox"/>
<u>Si oui</u> , cela concerne-t-il ?	La lecture <input type="checkbox"/> 0.non	<input type="checkbox"/> 1.oui	12 <input type="checkbox"/>
	L'écriture <input type="checkbox"/> 0.non	<input type="checkbox"/> 1.oui	13 <input type="checkbox"/>
	Le calcul <input type="checkbox"/> 0.non	<input type="checkbox"/> 1.oui	14 <input type="checkbox"/>
	Le graphisme <input type="checkbox"/> 0.non	<input type="checkbox"/> 1.oui	15 <input type="checkbox"/>
	La concentration <input type="checkbox"/> 0.non	<input type="checkbox"/> 1.oui	16 <input type="checkbox"/>
	Le comportement <input type="checkbox"/> 0.non	<input type="checkbox"/> 1.oui	17 <input type="checkbox"/>
Vous pouvez donner des précisions si vous le souhaitez.....			
.....			saisie texte
8. Votre enfant a-t-il bénéficié d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) en raison d'un problème de santé ?			
<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui			18 <input type="checkbox"/>
9. Votre enfant a-t-il bénéficié d'un PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation) en raison d'un problème de santé ?			
<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui			19 <input type="checkbox"/>

10. Votre enfant reçoit-il/elle une aide spéciale à l'école pour des difficultés scolaires ou des problèmes de santé ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	20 <input type="checkbox"/>
si oui , pour quel problème ? :		saisie texte
11. Votre enfant est-il/elle aidé(e) par un(e) auxiliaire de vie scolaire ?	<input type="checkbox"/> 0.non <input type="checkbox"/> 1.oui	21 <input type="checkbox"/>
si oui, combien d'heures par semaine ? <input type="text"/>	<input type="text"/>	22 <input type="text"/>
12. A-t-il/elle eu un bilan ou un suivi par le RASED (Réseau d'Aide Spécialisée pour les Enfants en Difficulté) ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	23 <input type="checkbox"/>
si oui, précisez le type d'aide :		saisie texte
13. Est-il/elle aidé(e) par le SESSAD (Service d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile) ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	24 <input type="checkbox"/>
si oui, précisez le type d'aide :		
14. Est-il/elle aidé(e) par une institutrice spécialisée ou un éducateur spécialisé pour troubles de la vision ou de l'audition ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	25 <input type="checkbox"/>
si oui, combien d'heures par semaine ? <input type="text"/>	<input type="text"/>	26 <input type="text"/>
15. A-t-il/elle une aide par du matériel spécial ?	<input type="checkbox"/> 0.non <input type="checkbox"/> 1.oui	27 <input type="checkbox"/>
si oui, précisez :		saisie texte
16. Pensez-vous que votre enfant aime aller à l'école ?	<input type="checkbox"/> 1. Oui beaucoup <input type="checkbox"/> 2. Oui un peu <input type="checkbox"/> 3. Non pas trop <input type="checkbox"/> 4. Non pas du tout	28 <input type="checkbox"/>
17. Si vous posez la question à votre enfant « est-ce que tu aimes l'école ? » que vous répond-t-il ?	<input type="checkbox"/> 1. Oui <input type="checkbox"/> 2. Non <input type="checkbox"/> 3. Autre réponse :.....	29 <input type="checkbox"/>
		saisie texte
18. Votre enfant prend-t-il des cours particuliers payants (cours complémentaires, cours de rattrapage, etc...) ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	30 <input type="checkbox"/>

19. Votre enfant assiste-t-il à des cours de soutien gratuits organisés par une association, la mairie, le département..., ou à des cours d'aide individualisée proposés par l'école ? (il s'agit d'une aide individuelle : l'étude ne relève pas des cours de soutien gratuits ou des cours d'aide individualisée) ?

|__|0. non

|__|1. Oui

31 |__|

20. Votre enfant est-il aidé dans son travail scolaire à la maison ?

|__|0. non

|__|1. oui

32 |__|

Si oui, qui aide votre enfant dans son travail scolaire à la maison, et à quelle fréquence ?

0

**Jamais
presque jamais**

1

**de temps
en temps**

2

régulièrement

Sa mère.

|__|

|__|

|__|

33 |__|

Son père

|__|

|__|

|__|

34 |__|

Un frère ou une sœur

|__|

|__|

|__|

35 |__|

Un autre membre de la famille

|__|

|__|

|__|

36 |__|

Une autre personne (ami, voisin, ...)

|__|

|__|

|__|

37 |__|

21. Les personnes suivantes sont-elles présentes à la maison quand votre enfant rentre de l'école, du centre de loisir, de l'étude ?

0

**Jamais
presque jamais**

1

**de temps
en temps**

2

régulièrement

Sa mère.

|__|

|__|

|__|

38 |__|

Son père

|__|

|__|

|__|

39 |__|

Un frère ou une sœur plus âgé

|__|

|__|

|__|

40 |__|

Un frère ou une sœur plus jeune

|__|

|__|

|__|

41 |__|

Un autre membre de la famille

|__|

|__|

|__|

42 |__|

Une autre personne

|__|

|__|

|__|

43 |__|

Commentaires et remarques

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

saisie texte

Ce questionnaire a été rempli par :

- ☐1. la mère seule
- ☐2. le père seul
- ☐3. la mère et le père
- ☐4. la mère avec quelqu'un d'autre : précisez :
- ☐5. le père avec quelqu'un d'autre : précisez :
- ☐6. quelqu'un d'autre : précisez :

☐

saisie texte

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

Annexe : comment peser et mesurer votre enfant ?

Merci à l'étude Elfe pour nous avoir fourni ces instructions et illustrations

Poids ①

L'enfant se tient debout sans aide, immobile au centre du plateau de la balance, le poids du corps étant réparti également sur les deux pieds. Les chaussures et vêtements doivent être enlevés à l'exception des sous-vêtements (slip).

Taille debout ②

L'enfant, légèrement habillé, doit être pieds nus ou porter des chaussettes fines. Il se tient debout sur le sol, le poids réparti sur les deux pieds, talons joints. Les bras pendent le long du corps. La tête, le dos, les fesses et les talons sont en contact avec le mur. L'enfant regarde droit devant lui et inspire profondément.

Une boîte en carton solide (ex : boîte de céréales ou grand livre) sera placée au dessus de sa tête puis abaissée jusqu'à ce qu'elle soit en contact avec le haut de la tête en l'appuyant suffisamment pour comprimer la chevelure. Maintenir la boîte en place pendant que l'enfant se retire et noter d'un trait de crayon sur le mur, le bas de la boîte. Mesurer ensuite la hauteur entre ce trait et le sol avec un mètre rigide si possible, et en veillant à ce qu'il soit bien vertical.

Mesure du tour de taille ③

L'enfant torse nu ou en légers sous-vêtements se tient debout, confortablement, le poids réparti sur les deux pieds légèrement écartés. La mesure est prise dans un plan horizontal au niveau de la taille naturelle* qui est l'endroit le plus étroit du torse, à la fin d'une expiration et sans serrer la taille.

*elle se situe à mi-distance entre le bas des côtes et l'os du bassin

