

N° d'Identification :

|_|_|_|_|



8 ans

Papa

(Si le père de l'enfant ne vit pas au domicile familial,
merci de lui demander de remplir ce questionnaire,
dans la mesure du possible)



Feuille détachable

Nom du père : **Prénom du père :**

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

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

Date de remplissage : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Si votre adresse diffère de celle 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 vie quotidienne		
1. Habitez-vous avec votre enfant ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	1 <input type="checkbox"/>
<u>Si non</u> , a) est-ce parce que	<input type="checkbox"/> 1. Vous êtes séparé de la mère de votre enfant <input type="checkbox"/> 2. Vous êtes absent de votre domicile à cause de votre travail <input type="checkbox"/> 3. Autre raison. Précisez	2 <input type="checkbox"/> saisie texte
b) à quelle fréquence voyez-vous votre enfant en dehors des périodes de vacances ?	<input type="checkbox"/> 1. Tous les jours <input type="checkbox"/> 2. Entre 3 et 5 fois par semaine <input type="checkbox"/> 3. Tous les week-ends <input type="checkbox"/> 4. Une fois toutes les deux semaines <input type="checkbox"/> 5. Moins souvent	3 <input type="checkbox"/>
2. Actuellement avez-vous un emploi ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	4 <input type="checkbox"/>
<u>Si oui</u> , quel moyen de transport utilisez-vous le plus souvent pour vous rendre sur votre lieu de travail ?	<input type="checkbox"/> 1. A pied <input type="checkbox"/> 2. En vélo <input type="checkbox"/> 3. A moto <input type="checkbox"/> 4. En transport en commun (bus, train...) <input type="checkbox"/> 5. En voiture <input type="checkbox"/> 6. Autre. Précisez	5 <input type="checkbox"/> saisie texte
Combien de temps dure ce trajet en moyenne (aller seulement) ?	<input type="text"/> <input type="text"/> minutes	6 <input type="text"/> <input type="text"/>
3. Actuellement, pour vos loisirs, faites-vous de l'exercice ou pratiquez-vous un sport ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	7 <input type="checkbox"/>
<u>Si oui</u> , quel exercice ou sport pratiquez vous le plus fréquemment ?	saisie texte
Combien de mois par an ?	<input type="text"/> <input type="text"/> mois	8 <input type="text"/> <input type="text"/>
Combien d'heures par semaine en moyenne?	<input type="text"/> <input type="text"/> heures	9 <input type="text"/> <input type="text"/>
4. Actuellement, fumez-vous du tabac ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	10 <input type="checkbox"/>
<u>Si oui</u> , combien de cigarettes par jour ?	<input type="text"/> <input type="text"/>	11 <input type="text"/> <input type="text"/>

5.	Actuellement combien de verres ou cannettes de boissons alcoolisées (bière, vin, apéritifs, digestifs, etc...) buvez-vous en moyenne par jour ? (si vous buvez moins d'un verre/jour coder 0)	_ _ 1. les jours de semaine	12 _ _
		_ _ 2. les samedi et dimanche	13 _ _
6.	Au cours de la dernière année, vous est-il arrivé occasionnellement de boire davantage d'alcool que votre consommation habituelle ?	_ 0. non _ 1. oui	14 _
	<u>Si oui</u> , combien de verres dans la même journée ou soirée?	_ _	15 _ _
	<u>Si oui</u> , combien de fois dans l'année ?	_ _	16 _ _
7.	Avez-vous consommé du cannabis sous forme de marijuana ou de haschich (herbe, joint, shit) ?		
		<div style="display: flex; justify-content: space-around; font-weight: bold;"> 0123456 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-weight: bold;"> jamais1-23-55-910-1920-3940 fois </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-weight: bold;"> foisfoisfoisfoisfoiset plus </div>	
	Au cours de votre vie	_ _ _ _ _ _	17 _
	Au cours des douze derniers mois	_ _ _ _ _ _	18 _
	Au cours des 30 derniers jours	_ _ _ _ _ _	19 _
8.	Avec quelle fréquence, vous, le père, faites-vous les activités suivantes avec votre enfant EDEN ?		
		<div style="display: flex; justify-content: space-around; font-weight: bold;"> 12345 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-weight: bold;"> chaque3-5 fois1à2 foismoins d'1jamais ou </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-weight: bold;"> jour ouparparfois parpresque </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-weight: bold;"> presquesemainesemainesemainejamais </div>	
	Jouer à des jeux à la maison (jeux de société, de cartes,...)	_ _ _ _ _	20 _
	Jouer à des jeux physiques à l'extérieur (ballon, raquettes, piscine...) ..	_ _ _ _ _	21 _
	Faire des ballades (à pied, en vélo, à roller,...)	_ _ _ _ _	22 _
	Faire des sorties culturelles (cinéma, spectacles, musée, zoo,...)	_ _ _ _ _	23 _
	Regarder la télévision, jouer à des jeux vidéos	_ _ _ _ _	24 _
	Partager le repas	_ _ _ _ _	25 _
	Superviser ou l'accompagner au moment du coucher	_ _ _ _ _	26 _
	L'accompagner ou le chercher à l'école, ou à une activité de loisir	_ _ _ _ _	27 _
	Superviser les devoirs, faire réciter les leçons	_ _ _ _ _	28 _
	Discuter de ce qu'il a fait ou va faire	_ _ _ _ _	29 _
	Faire des courses	_ _ _ _ _	30 _

Votre santé et celle de votre famille

<p>1. <u>Depuis la naissance de votre enfant</u>, avez-vous été hospitalisée ? _ 0. non _ 1. oui</p> <p style="margin-left: 40px;"><u>Si oui</u>, combien de fois ? _ _ </p> <p style="margin-left: 40px;">dans le(s)quel(s) des services suivants ?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-left: 40px;"> <div>. urgences</div> <div> _ 0. non _ 1. oui</div> <div>3 _ </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-left: 40px;"> <div>. médecine</div> <div> _ 0. non _ 1. oui</div> <div>4 _ </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-left: 40px;"> <div>. psychiatrie</div> <div> _ 0. non _ 1. oui</div> <div>5 _ </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-left: 40px;"> <div>. chirurgie</div> <div> _ 0. non _ 1. oui</div> <div>6 _ </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-left: 40px;"> <div>. néphrologie dialyse</div> <div> _ 0. non _ 1. oui</div> <div>7 _ </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-left: 40px;"> <div>. autre</div> <div> _ 0. non _ 1. oui</div> <div>8 _ </div> </div> <p style="margin-left: 40px;">Pour quelle(s) raison(s) avez-vous été hospitalisée ?</p> <p style="margin-left: 40px;">.....</p>	1	_
<p>2. Avez-vous une maladie chronique (nécessitant un traitement au long court ou une surveillance régulière) ?</p> <p style="text-align: right;"> _ 0. non _ 1. oui _ 2. ne sais pas</p> <p><u>Si oui</u>, laquelle ? :</p>	9	_
<p>3. Un médecin vous a t-il déjà dit que aviez :</p> <div style="margin-left: 20px;"> <p>- une protéinurie ou une albuminurie (présence de protéines ou d'albumine dans les urines hors période d'infection urinaire)</p> <p>- une hématurie (présence de sang dans les urines)</p> <p>- une baisse de la fonction rénale</p> </div> <p style="margin-left: 20px;"><u>Si au moins 1 oui</u>, ces anomalies ont-elles été constatées</p> <div style="margin-left: 40px;"> <p> _ 1. seulement une fois</p> <p> _ 2. deux fois ou plus</p> <p> _ 3. ne sais pas</p> </div>	10	_
<p>4. Avez-vous une maladie des reins dont le diagnostic a été confirmé par un spécialiste ?</p> <p style="text-align: right;"> _ 0. non _ 1. oui _ 2. ne sais pas</p> <p><u>Si oui</u>, précisez:</p>	14	_
		<i>saisie texte</i>

5.	Votre père est-il :	<input type="checkbox"/> 0. décédé	<input type="checkbox"/> 1. vivant	<input type="checkbox"/> 2. ne sais pas	15 <input type="checkbox"/>
	<u>S'il est décédé</u> , quelle est la cause du décès (si connue) ?				saisie texte
6.	Votre père a-t-il été traité ou hospitalisé pour :				
	- une hypertension artérielle.....	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	<input type="checkbox"/> 2. ne sais pas	16 <input type="checkbox"/>
	- une maladie cardiovasculaire (angine de poitrine, infarctus, artérite, accident vasculaire cérébral)	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	<input type="checkbox"/> 2. ne sais pas	17 <input type="checkbox"/>
	- un diabète.....	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	<input type="checkbox"/> 2. ne sais pas	18 <input type="checkbox"/>
	- de l'asthme.....	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	<input type="checkbox"/> 2. ne sais pas	19 <input type="checkbox"/>
	- une bronchite chronique ou de l'emphysème.....	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	<input type="checkbox"/> 2. ne sais pas	20 <input type="checkbox"/>
	- un ulcère de l'estomac ou du duodénum.....	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	<input type="checkbox"/> 2. ne sais pas	21 <input type="checkbox"/>
	- un cancer de l'estomac.....	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	<input type="checkbox"/> 2. ne sais pas	22 <input type="checkbox"/>
	- une insuffisance rénale chronique terminale (traité par dialyse ou greffe rénale).....	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	<input type="checkbox"/> 2. ne sais pas	23 <input type="checkbox"/>
7.	Votre mère est-elle :	<input type="checkbox"/> 0. décédée	<input type="checkbox"/> 1. vivante	<input type="checkbox"/> 2. ne sais pas	24 <input type="checkbox"/>
	<u>Si elle est décédée</u> , quelle est la cause du décès (si connue) ?				saisie texte
8.	Votre mère a-t-elle été traitée ou hospitalisée pour :				
	- une hypertension artérielle.....	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	<input type="checkbox"/> 2. ne sais pas	25 <input type="checkbox"/>
	- une maladie cardiovasculaire (angine de poitrine, infarctus, artérite, accident vasculaire cérébral)	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	<input type="checkbox"/> 2. ne sais pas	26 <input type="checkbox"/>
	- un diabète.....	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	<input type="checkbox"/> 2. ne sais pas	27 <input type="checkbox"/>
	- de l'asthme.....	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	<input type="checkbox"/> 2. ne sais pas	28 <input type="checkbox"/>
	- une bronchite chronique ou de l'emphysème.....	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	<input type="checkbox"/> 2. ne sais pas	29 <input type="checkbox"/>
	- un ulcère de l'estomac ou du duodénum.....	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	<input type="checkbox"/> 2. ne sais pas	30 <input type="checkbox"/>
	- un cancer de l'estomac.....	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	<input type="checkbox"/> 2. ne sais pas	31 <input type="checkbox"/>
	- une insuffisance rénale chronique terminale (traité par dialyse ou greffe rénale).....	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	<input type="checkbox"/> 2. ne sais pas	32 <input type="checkbox"/>

Vos sentiments cette année

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 Jamais, très rarement (pendant moins d'1 jour)	2 Occasionnellement (pendant 1 à 2 jours)	3 Assez souvent (pendant 3 à 4 jours)	4 Fréquemment, tout le temps (pendant 5 à 7 jours)	
1. J'ai été contrarié 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 senti déprimé	<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 confiant 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 senti craintif	<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 heureux	<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 senti seul	<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 senti 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"/>

L'école

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 ? ☐0. non ☐1. oui

1 ☐

2 ☐

3 ☐

4 ☐

5 ☐

6 ☐

7 ☐

8 ☐

9 ☐

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 seulement quand il/elle vous le demandait.....		<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui 11 <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 12 <input type="checkbox"/>
Vous suiviez toujours son travail de près		<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui 13 <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		14 <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		15 <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		16 <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	17 <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	18 <input type="checkbox"/>

11. Parlez-vous avec votre enfant...

	1 Jamais presque jamais	2 de temps en temps	3 régulièrement	
De ce qu'il apprend à l'école ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19 <input type="checkbox"/>
De ses camarades de classe ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20 <input type="checkbox"/>
De la vie en classe ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21 <input type="checkbox"/>
De son maître ou sa maîtresse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22 <input type="checkbox"/>
De son avenir scolaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23 <input type="checkbox"/>
De son avenir professionnel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24 <input type="checkbox"/>

Commentaires et remarques

saisie texte

Ce questionnaire a été rempli par :

☐1. Le père seul

☐2. Le père avec quelqu'un : précisez :

25 ☐

saisie texte

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