

## A vibrant, colorful illustration of a group of children playing in a grassy field under a blue sky with clouds and birds. The children are engaged in various activities: flying kites, holding hands, playing musical instruments, riding a bicycle, and running. The style is simple and cheerful, with bright colors and a folk-art inspired aesthetic.



**Nom du père :** .....

Prénom du père : .....

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

Prénom de l'enfant : .....

**Date de naissance de l'enfant :**

\_\_\_\_\_



Date de remplissage (jj/mm/aa)       __ _   __ _   __ _		Ne rien inscrire dans cette colonne
<b>Questions au papa : votre mode de vie</b>		
<i>Cocher la case correspondant à votre réponse</i>		
1. Habitez-vous avec votre enfant ?       __  0. non       __  1. oui		1     __
<b>Si votre réponse est non :</b>		
a) est-ce parce que :		
__  1. Vous êtes séparé de la mère de votre enfant		
__  2. Vous êtes absent de votre domicile à cause de votre travail		
__  3. Autre raison		2     __
b) à quelle fréquence voyez-vous votre enfant en dehors des périodes de vacances ?		
__  1. Tous les jours		
__  2. Entre 3 et 5 fois par semaine		
__  3. Tous les week-end		
__  4. Une fois toutes les 2 semaines		
__  5. Moins souvent		3     __
2. Actuellement, pour vos loisirs, faites-vous de l'exercice ou pratiquez-vous un sport ?       __  0. non       __  1. oui		4     __
<b>Si vous faites de l'exercice ou si vous pratiquez un ou plusieurs sports</b>		
Quel exercice ou sport pratiquez vous le plus fréquemment ?		
.....		
.....		
.....		
Combien d'heures par semaine en moyenne?       __ _  heures		saisie texte
Combien de mois par an ?       __ _  mois		5     __ _
		6     __ _
<b>Si vous pratiquez d'autres types d'exercices ou de sports en plus de l'activité précédente :</b>		
Quel autre exercice ou sport pratiquez vous-le plus fréquemment ?		
.....		
.....		
.....		
Au total :		
Combien d'heures par semaine en moyenne?       __ _  heures		7     __ _
Combien de mois par an ?       __ _  mois		8     __ _
3. Actuellement fumez-vous ?       __  0. non       __  1. oui		9     __
<b>Si oui, combien de cigarettes par jour en moyenne ?       __ _ </b>		10     __ _

4. Avec quelle fréquence, vous le père, faites-vous les activités suivantes avec votre enfant ?

1-----2-----3-----4-----5

	chaque jour ou presque	3-5 fois par semaine	1 à 2 fois par semaine	moins d'1 fois par semaine	jamais ou presque jamais		
le laver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11	<input type="checkbox"/>
le coucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>
chanter avec lui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13	<input type="checkbox"/>
lire une histoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14	<input type="checkbox"/>
jouer avec des jeux à la maison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15	<input type="checkbox"/>
l'emmener se promener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16	<input type="checkbox"/>
jeux et activités physiques (ballon, piscine...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17	<input type="checkbox"/>

## Questions au papa : la santé dans votre famille

1. Votre père est-il :

☐ 0. décédé      ☐ 1. vivant      ☐ 2. ne sait pas

1     |     |

**s'il est décédé**, quelle est la cause du décès (si connue) ?

.....

saisie texte

2. Votre père a-t-il été traité ou hospitalisé pour:

une hypertension artérielle |\_\_|0. non |\_\_|1. oui |\_\_|2. ne sait pas 2 |\_\_|

une maladie cardiovasculaire ( <i>angine de poitrine, infarctus, artérite, accident vasculaire cérébral</i> )	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	<input type="checkbox"/> 2. ne sait pas	3	<input type="checkbox"/>
---	---------------------------------	---------------------------------	---	---	--------------------------

un diabète	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	<input type="checkbox"/> 2. ne sait pas	4	<input type="checkbox"/>
------------	---------------------------------	---------------------------------	---	---	--------------------------

de l'asthme	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	<input type="checkbox"/> 2. ne sait pas	5	<input type="checkbox"/>
-------------	---------------------------------	---------------------------------	---	---	--------------------------

une bronchite chronique ou de l'emphysème

___ 0. non	___ 1. oui	___ 2. ne sait pas	6	___
------------	------------	--------------------	---	-----

un ulcère de l'estomac ou du duodénum	
---------------------------------------	--

___ 0. non	___ 1. oui	___ 2. ne sait pas	7	___
------------	------------	--------------------	---	-----

un cancer de l'estomac	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	<input type="checkbox"/> 2. ne sait pas	8	<input type="checkbox"/>
------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---	---	--------------------------

3. Votre mère est-elle :

|\_\_|0. décédée                    |\_\_|1. vivante                    |\_\_|2. ne sait pas

9     | \_ |

**Si elle est décédée, quelle est la cause du décès (si connue) ?**

.....

saisie texte

4.	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 sait pas	10	<input type="checkbox"/>
	une maladie cardiovasculaire ( <i>angine de poitrine, infarctus, artérite, accident vasculaire cérébral</i> )	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas	11	<input type="checkbox"/>
	un diabète	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas	12	<input type="checkbox"/>
	de l'asthme	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas	13	<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 sait pas	14	<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 sait pas	15	<input type="checkbox"/>
	un cancer de l'estomac	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas	16	<input type="checkbox"/>

Ce questionnaire a été rempli par :

- |                             |   |                             |
|-----------------------------|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. | le père seul                              |                             |
| <input type="checkbox"/> 2. | le père avec quelqu'un : précisez : ..... |                             |
| <input type="checkbox"/> 3. | quelqu'un d'autre : précisez : .....      | 17 <input type="checkbox"/> |

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