

Sondage sur le mieux-être des élèves du Nouveau-Brunswick Questionnaire parent: M-5

PAGE D'ACCEUIL

Sondage sur le mieux-être des élèves du Nouveau-Brunswick 2022-2023

Cher(e) parent/tuteur,

Nous apprécierions vraiment votre aide.

Les ministères de l'Éducation et du Développement de la petite enfance et de la Santé ainsi que l'école de votre enfant ont besoin de vous entendre. Nous voulons mieux comprendre comment les choses se passent pour les élèves du Nouveau-Brunswick et ce dont ils ont besoin. Ce sondage est à propos du mieux-être de votre enfant et de sa famille.

CECI N'EST PAS UN TEST. Il n'y a donc pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Vos réponses sont confidentielles. Personne ne pourra savoir ce que vous répondez. Vos réponses à ces questions sont très importantes.

Si vous ne voulez pas répondre à une question, vous pouvez passer à la prochaine. Aussi, vous pouvez mettre fin au sondage à n'importe quel moment.

Merci!

Pour débiter le sondage, saisissez le code NIP fourni.

[Débiter le sondage](#)

Votre code NIP n'est pas sensible à la casse, vous pouvez le saisir en utilisant des lettres majuscules ou minuscules.

À PROPOS DE VOTRE ENFANT

A1 Quelle est l'année scolaire de votre enfant?

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

A2 Pour confirmer, votre enfant est en [ANNÉE SÉLECTIONNÉE]ème année, est-ce exact?

- Oui
- Non

[CONTINUER]
[ALLER À A1]

A3 Quel âge a votre enfant?

- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12 ou plus

A4 Votre enfant est ...

- Un garçon
- Une fille
- Ou veuillez spécifier : _____

A5 Est-ce que votre enfant est né au Canada?

- Oui
- Non

[ALLER À A7]
[CONTINUER]

A6 Depuis combien d'années votre enfant habite-t-il(elle) au Canada?

- 1 à 2 ans
- 3 à 5 ans
- Plus de 5 ans

A7 Est-ce que votre enfant s'identifie comme Autochtone?

(Autochtone inclus : Mi'kmaw, Wəlastəkewiyik/Wolastoqew/Malécite, Peskotomuhkati, Première Nation, Inuk et Métis.)

- Oui
- Non
- Je ne suis pas sûr(e)
- Je préfère ne pas répondre

[CONTINUER]
[ALLER À A11]
[ALLER À A11]
[ALLER À A11]

A8 Avec quel groupe Autochtone s'identifie votre enfant?
(Veuillez indiquer toutes les réponses qui s'appliquent.)

	Oui	Non	Je ne suis pas sûr(e)	
a) Mi'kmaq	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[SI OUI, CONTINUER]
b) Wəlastəkewiyik/Wolastoqiyik/Malécite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[SI OUI, CONTINUER]
c) Peskotomuhkati/Passamaquoddy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[SI OUI, CONTINUER]
d) Inuit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[ALLER À A11]
e) Métis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[ALLER À A11]
f) Une autre Première Nation du Canada : _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[ALLER À A11]

A9 Est-ce que votre enfant est membre de l'une des communautés des Premières Nations suivantes?
(Veuillez indiquer toutes les réponses qui s'appliquent.)

- Buctouche (Tjipogtotjg)
- Eel Ground
- Ugpi'Ganjig (Eel River Bar)
- Elsipogtog
- Esgenoôpetitj
- Fort Folly
- Minigog (Indian Island)
- Pilick (Kingsclear)
- Matawaskiye (Malécite du Madawaska)
- Metepenagiag
- Welamukotuk (Oromocto)
- Pabineau
- Sitansisk (Saint Mary's)
- Neqotkuk (Tobique)
- Wotstak (Woodstock)
- Une autre Première Nation du Canada : _____
- Je ne suis pas sûr(e) [ALLER À A11]
- Je préfère ne pas répondre [ALLER À A11]

A10 Est-ce que votre enfant vit dans une communauté Autochtone (une réserve)?

- Oui
- Non
- Je ne suis pas sûr(e)
- Je préfère ne pas répondre

A11 Quel est le poids de votre enfant sans ses souliers?

- Répondre en livres
- Répondre en kilogrammes
- Je ne connais pas son poids

A12 Quelle est la taille de votre enfant sans ses souliers?

- Répondre en pieds et en pouces
- Répondre en centimètres
- Je ne connais pas sa taille

A13 Est-ce que votre enfant a reçu l'un des diagnostics suivants? Si oui, choisissez lequel ou lesquels.

(Veuillez indiquer toutes les réponses qui s'appliquent.)

Autisme / syndrome d'Asperger

Trouble de comportement

Aveugle ou malvoyant(e)

Sourd(e) ou malentendant(e)

Trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) ou trouble du déficit de l'attention sans hyperactivité (TDA)

Déficiência intellectuelle

Trouble du langage / de la parole

Trouble d'apprentissage

Déficiência physique

Maladie mentale (par exemple, dépression, anxiété, trouble bipolaire)

Doué(e)

Ou veuillez spécifier : _____

Mon enfant n'a reçu aucun de ces diagnostics

A14 On sait que les gens de différentes races n'ont pas une génétique significativement différente. Mais notre race a quand même des conséquences importantes, comme la façon dont les autres personnes et les institutions nous traitent. Les réponses à la prochaine question seront utilisées pour aider à comprendre les expériences des élèves de différentes races.

Veuillez s'il vous plaît choisir les catégories de races qui représentent votre enfant.

(Veuillez indiquer toutes les réponses qui s'appliquent.)

Noir(e)

(Par exemple, personne d'ascendance africaine, afro-antillaise, afro-canadienne)

Asiatique de l'Est ou du Sud-Est

(Par exemple, personne d'ascendance chinoise, coréenne, japonaise ou taïwanaise, ou personne d'ascendance philippine, vietnamienne, cambodgienne, thaïlandaise, indonésienne ou d'une autre ascendance asiatique du Sud-Est)

Autochtone

(Par exemple, personne d'ascendance des Premières Nations [comme Mi'kmaw, Wəlastəkewiyik/Wolastoqew/Malécite, Peskotomuhkati], métisse ou inuite)

Latino/a

(Par exemple, personne d'ascendance latino-américaine, hispanique)

Moyen-Oriental

(Par exemple, personne d'ascendance arabe ou perse, ou de l'Asie occidentale, comme afghane, iranienne, turque, kurde)

Sud-Asiatique

(Par exemple, personne d'ascendance indienne, pakistanaise, bangladaise, indo-caribéenne)

Blanc ou blanche

(Par exemple, personne d'ascendance européenne)

Une autre catégorie

Je ne sais pas

Je préfère ne pas répondre

LES MODES DE VIE SAINS

B1 Hier, combien de fois pensez-vous que votre enfant a consommé :

Nombre de fois :

Aucune 1 2 3 4 5 6 7+ Je ne le sais pas

a) des légumes?

(Par exemple, frais, cuits, surgelés ou en conserve)

b) des fruits?

(Par exemple, frais, surgelés, en conserve ou séchés; ne comptez pas les jus de fruits ou les autres friandises aux fruits)

B2 La semaine dernière, combien de fois votre enfant a-t-il mangé un repas devant la télé?

Aucune

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7+

Je ne le sais pas

B3 Habituellement, combien de temps par jour votre enfant passe-t-il à faire de l'activité physique?

Aucun

- Moins de 30 min
- 30 min
- 1 heure
- 1 heure et 30 min
- 2 heures
- 3 heures et plus
- Je ne le sais pas

B4 Combien d'heures pensez-vous que votre enfant passe habituellement à dormir chaque soir?

- Moins de 6 heures
- 6 heures à moins de 7 heures
- 7 heures à moins de 8 heures
- 8 heures à moins de 9 heures
- 9 heures à moins de 10 heures
- 10 heures à moins de 11 heures
- 11 heures ou plus

B5 Hier, combien de fois avez-vous mangé ou bu :

Nombre de fois :

	Aucune	1	2	3	4	5	6	7+
a) des légumes? (Par exemple, frais, cuits, surgelés, ou en conserve)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) des fruits? (Par exemple, frais, surgelés, en conserve ou séchés; ne comptez pas les jus de fruits)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) des aliments hautement transformés? (Par exemple, croustilles [« chips »]; chocolat; bonbons; crème glacée et desserts surgelés; aliments-minute [« fast food »], comme les frites et les hamburgers; repas surgelés, comme les plats de pâtes et les pizzas; produits de boulangerie, comme les muffins, les petits pains et les gâteaux; viandes transformées, comme les saucisses et les charcuteries)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) des boissons sucrées? (Par exemple, boisson gazeuse, jus, eau aromatisée, boisson sportive ou énergisante, thé ou café sucré, chaud ou froid, lait aromatisé [comme le lait au chocolat])	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

B6 La semaine dernière, combien de fois avez-vous :

	Nombre de fois :							
	Aucune	1	2	3	4	5	6	7+
a) mangé à un restaurant à service rapide ou un lieu de restauration rapide avec votre enfant?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) mangé un déjeuner?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) mangé avec votre enfant au souper?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

B7 Connaissez-vous la politique « Nutrition et amélioration de l'alimentation en milieu scolaire » (politique 711)?

- Oui
- Non

B8 La semaine dernière, combien de jours avez-vous participé à une activité physique intense (activité qui accélère la respiration et la transpiration) comme la course, la bicyclette, un sport, pour au moins 30 minutes?

- Aucun
- 1 jour
- 2 jours
- 3 jours
- 4 jours
- 5 jours
- 6 jours
- 7 jours

B9 Combien de fois êtes-vous actif physiquement avec votre enfant, en jouant à des jeux actifs, en pratiquant des sports, ou en faisant de l'activité physique?

- Jamais
- Rarement (moins d'une fois par semaine)
- Parfois (1-2 fois par semaine)
- Souvent (3-5 fois par semaine)
- Très souvent (chaque jour)
- Je ne sais pas

B10 Habituellement (à l'exception des heures de travail), combien de temps dans une journée consacrez-vous aux activités suivantes :

	Aucun	Moins de 30 min	30 min	1 heure	1 heure et 30 min	2 heures	3 heures et plus	Je ne sais pas
	a) Être devant un écran (<i>par exemple, la télé/les films, jeux vidéo, l'ordinateur, messages textes, courriels, naviguer sur Internet, FaceTime, Facebook, YouTube, autres médias sociaux</i>)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Lire (en dehors du travail)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Faire des activités de loisirs (<i>par exemple, bricoler, chanter, écouter de la musique, jouer du piano</i>)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Participer à des activités physiques (<i>par exemple, courir, la marche, la natation, les sports, les travaux autour de la maison</i>)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

B11 Est-ce que vous, ou quelqu'un qui habite avec vous, fumez ou consommez du tabac?

Oui
Non

B12 Permettez-vous aux gens de fumer la cigarette dans votre maison?

Oui
Non

B13 Permettez-vous aux gens de fumer la cigarette à l'intérieur de votre voiture familiale?

Oui
Non

PAGE DE CLÔTURE

Merci beaucoup de votre temps!

En remplissant ce sondage, vous nous avez aidés à mieux comprendre l'expérience et les besoins des élèves et des familles du Nouveau-Brunswick.

Demandez à la direction de votre école pour connaître les résultats au printemps prochain!

Appuie « Soumettre » pour mettre fin au sondage.

Soumettre