

Sondage sur le mieux-être et le milieu d'apprentissage des élèves du Nouveau-Brunswick

Questionnaire parent/tuteur·e: M-5

PAGE D'ACCEUIL

Sondage sur le mieux-être et le milieu d'apprentissage des élèves du Nouveau-Brunswick 2023-2024

Cher·ère parent/tuteur·e,

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.

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 Laquelle des options suivantes décrit le mieux votre enfant?

- Un garçon
- Une fille
- D'une autre façon _____

Je préfère ne pas répondre

A5 Les personnes avec différentes identités peuvent vivre des expériences différentes dans leur quotidien. Ceci peut inclure la façon dont elles sont traitées. La question qui suit peut nous aider à comprendre comment ceci peut affecter la santé et l'apprentissage de votre enfant.

Est-ce que votre enfant appartient/s'identifie à l'un des groupes suivants ? Vous pouvez dire oui à plus d'un groupe (oui/non/je ne sais pas).

	Oui	Non	Je ne sais pas
1) Autochtone (Premières Nations, Mi'kmaq, Wolastoqewiyik, Malécite, Passamaquoddy, Inuit, ou de descendance Métis) [SI OUI ALLER À A6]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2) Personnes ayant un handicap ou des besoins spéciaux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3) Immigrant·e·s, nouveaux·elles arrivant·e·s et réfugié·e·s (personnes non nées au Canada) [SI OUI ALLER À A7]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4) Noir·e (par exemple, ascendance africaine, afro-canadienne, afro-caribéenne)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5) Sud-Asiatique (par exemple, d'ascendance indienne de l'Est, pakistanaise, sri-lankaise)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6) Philippin·e	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7) Arabe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8) Chinois·e	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9) Latino-américain·e (par exemple, ascendance hispanique ou latino-américaine)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10) Asiatique du Sud-Est (par exemple, ascendance vietnamienne, cambodgienne, laotienne, ou thaïlandaise)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11) Coréen·ne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- 12) Asiatique de l'Est (par exemple, ascendance iranienne, afghane ou turque)
- 13) Japonais-e
- 14) Blanc-he/Caucasien-ne

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A6 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

A7 Depuis combien d'années votre enfant habite-t-il-elle au Canada?

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

A8 Quel est le poids de votre enfant sans ses souliers?

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

A9 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

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

	Nombre de fois :								Je ne le sais pas
	Aucune	1	2	3	4	5	6	7+	
a) des légumes? <i>(Par exemple, frais, cuits, surgelés ou en conserve)</i>	<input type="radio"/>								
b) des fruits? <i>(Par exemple, frais, surgelés, en conserve ou séchés; ne comptez pas les jus de fruits ou les autres friandises aux fruits)</i>	<input type="radio"/>								

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? <i>(Par exemple, frais, cuits, surgelés, ou en conserve)</i>	<input type="radio"/>							
b) des fruits? <i>(Par exemple, frais, surgelés, en conserve ou séchés; ne comptez pas les jus de fruits)</i>	<input type="radio"/>							
c) des aliments hautement transformés?	<input type="radio"/>							

(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)

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])

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"/>							
b) mangé un déjeuner?	<input type="radio"/>							
c) mangé avec votre enfant au souper?	<input type="radio"/>							

B7 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

B8 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

B9 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 (par exemple, la télé/les films, jeux vidéo, l'ordinateur, messages textes, courriels, naviguer sur Internet, FaceTime, Facebook, YouTube, autres médias sociaux)	<input type="radio"/>							

- | | | | | | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| b) Lire (en dehors du travail) | <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"/> |
| 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"/> |
-

B10 Est-ce que vous, ou quelqu'un qui habite avec vous, fumez ou consommez du tabac?

- Oui
- Non

B11 Permettez-vous aux gens de fumer la cigarette dans votre maison?

- Oui
- Non

B12 Permettez-vous aux gens de fumer la cigarette à l'intérieur de votre voiture familiale?

- Oui
- Non

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