

Sondage sur le mieux-être et le milieu d'apprentissage des élèves du Nouveau-Brunswick, Questionnaire des parents/tutrices/tuteurs, Maternelle à 5e année, 2025-2026

Chère parent, cher parent, tutrice ou tuteur,

Ce sondage est **une occasion pour vous faire entendre!** Il a été conçu pour mieux comprendre la situation des familles du Nouveau-Brunswick. En tant que parent, tutrice ou tuteur, vous connaissez bien votre enfant et votre famille. C'est pourquoi nous vous invitons à remplir ce court sondage (5 à 10 minutes).

Ce sondage est fait par le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick (CSNB) avec le ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance et le ministère de la Santé. Vos réponses aideront les écoles et les partenaires à mieux soutenir la santé des enfants.

Votre voix compte — elle peut faire une vraie différence pour améliorer les actions et les priorités pour les élèves.

Le sondage est **anonyme et confidentiel**. Vous pouvez arrêter à tout moment ou sauter des questions. Toutefois, si vous quittez le sondage après l'avoir commencé, vous ne pourrez pas y revenir plus tard.

Merci de prendre ce temps pour aider à mieux soutenir les jeunes du Nouveau-Brunswick!

À PROPOS DE VOTRE ENFANT

Certaines questions de ce sondage portent sur votre enfant, et d'autres portent sur vous en tant que parent, tutrice ou tuteur. Comme vous le savez probablement, la santé des enfants est influencée par plusieurs facteurs, incluant leur contexte familial. Les questions qui suivent sont à propos de votre enfant.

1. Quel est l'année scolaire de votre enfant ?

M

1

2

3

4

5

2. Quel âge a votre enfant ?

4

5

6

7

8

9

10

11

12 ou plus

3. Laquelle des options suivantes décrit le mieux votre enfant?

Un garçon

Une fille

D'une autre façon: _____

Je préfère ne pas répondre

4. 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.

	Non	Oui	Je ne le sais pas
a) Autochtone (Premières Nations, Inuit, Métis) [Si oui, aller à 5]	☐	☐	☐
b) Personnes ayant une incapacité ou des besoins spéciaux	☐	☐	☐
c) Immigrant·e·s, nouveaux·elles arrivant·e·s et réfugié·e·s (personnes non nées au Canada)	☐	☐	☐
d) Noir·e (par exemple, ascendance africaine, afro-canadienne, afro-caribéenne)	☐	☐	☐
e) Sud-Asiatique (par exemple, d'ascendance indienne de l'Est, pakistanaise, sri-lankaise)	☐	☐	☐
f) Philippin·e	☐	☐	☐
g) Arabe	☐	☐	☐
h) Chinois·e	☐	☐	☐
i) Latino-américain·e (par exemple, ascendance hispanique ou latino-américaine)	☐	☐	☐
j) Asiatique du Sud-Est (par exemple, ascendance vietnamienne, cambodgienne, laotienne, ou thaïlandaise)	☐	☐	☐
k) Coréen·ne	☐	☐	☐
l) Asiatique occidental·e (par exemple, ascendance iranienne, afghane ou turque)	☐	☐	☐
m) Japonais·e	☐	☐	☐
n) Blanc·he/Caucasien·ne	☐	☐	☐

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

Non

Oui

Je ne suis pas sûr·e

Je préfère ne pas répondre

6. Depuis combien d'années est-ce que votre enfant habite au Canada?

Moins d'un an à 2 ans

3 à 5 ans

Plus de 5 ans

7. Quel est le poids de votre enfant sans ses souliers?

Réponse en livres: _____

Réponse en kilogrammes: _____

Je ne connais pas son poids

8. Quelle est la taille de votre enfant sans ses souliers?

Réponse en pieds et en pouces: _____

Réponse en centimètres: _____

Je ne connais pas sa taille

LES MODES DE VIE SAINS

9. Hier, combien de fois pensez-vous que votre enfant a mangé :

a) Des légumes (*par exemple, frais, cuits, surgelés ou en conserve*)?

Aucune

1

2

3

4

5

6

7 ou plus

Je ne le sais pas

b) Des fruits (*par exemple, frais, surgelés, en conserve ou séchés; ne comptez pas les jus de fruits ou les autres friandises aux fruits*)?

Aucune

1

2

3

4

5

6

7 ou plus

Je ne le sais pas

10. La semaine dernière, combien de fois est-ce que votre enfant a mangé un repas devant la télé ?

Aucune

1

2

3

4

5

6

7 ou plus

Je ne le sais pas

11. Habituellement, combien de temps par jour est-ce que votre enfant fait de l'activité physique?

Aucun

Moins de 30 min

30 min

1 heure

1 heure et 30 min

2 heures

3 heures ou plus

Je ne le sais pas

12. Quand s'endort normalement votre enfant quand elle ou il a de l'école le lendemain?

(Veuillez choisir à 15 minutes près)

Heure

Minute

Est-ce que c'est du matin ou du soir?

Matin

Soir

Quand se réveille normalement votre enfant les matins où elle ou il a de l'école?

(Veuillez choisir à 15 minutes près)

Heure

Minute

Est-ce que c'est du matin ou du soir?

Matin

Soir

À PROPOS DE VOUS

Les questions qui suivent sont à propos de vous en tant que parent/tutrice/tuteur. Il est important de mieux comprendre le contexte familial des enfants afin de pouvoir identifier les soutiens les plus utiles pour les familles.

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

a) Des légumes, y compris des légumes frais, cuits, surgelés ou en conserve ?

Aucune

1

2

3

4

5

6

7 ou plus

b) Des fruits

(par exemple, frais, surgelés, en conserve ou séchés; ne comptez pas les jus de fruits)?

Aucune

1

2

3

4

5

6

7 ou plus

Engage. Evaluate. Inform. Recommend.
Engager. Évaluer. Informer. Recommander.

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)?

Aucune

1

2

3

4

5

6

7 ou plus

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])?

Aucune

1

2

3

4

5

6

7 ou plus

14. La semaine dernière, combien de fois avez-vous :

a) Mangé à un restaurant à service rapide ou un lieu de restauration rapide avec votre enfant?

Aucune

1

2

3

4

5

6

7 ou plus

Engage. Evaluate. Inform. Recommend.
Engager. Évaluer. Informer. Recommander.

b) Mangé un déjeuner?

Aucune

1

2

3

4

5

6

7 ou plus

c) Mangé avec votre enfant au souper?

Aucune

1

2

3

4

5

6

7 ou plus

15. 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, etc., pour au moins 30 minutes ?

Aucun

1 jour

2 jours

3 jours

4 jours

5 jours

6 jours

7 jours

Engage. Evaluate. Inform. Recommend.
Engager. Évaluer. Informer. Recommander.

16. Combien de fois êtes-vous active ou 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

17. Habituellement (à l'exception des heures de travail), combien de temps dans une journée passez-vous à :

a) Être devant un écran (la télé/les films, jeux vidéo, l'ordinateur, messages textes, courriels, naviguer sur Internet, FaceTime, Facebook, YouTube, autres médias sociaux, etc.)

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

b) Lire (en dehors du travail)

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



Engage. Evaluate. Inform. Recommend.
Engager. Évaluer. Informer. Recommander.

c) Faire des activités de loisirs (*bricoler, chanter, écouter de la musique, jouer du piano, etc.*)

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

d) Participer à des activités physiques (*courir, la marche, la natation, les sports, les travaux autour de la maison, etc.*)

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

18. Est-ce que vous, ou quelqu'un qui habite avec vous, fumez la cigarette?

Non
Oui

19. Permettez-vous aux gens de fumer la cigarette chez vous, à l'intérieur?

Non
Oui

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

Non
Oui



Merci beaucoup de votre temps!

En remplissant ce sondage, vous nous aidez à mieux comprendre comment vont les élèves et les familles du Nouveau-Brunswick et ce dont ils ont besoin.

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