

Sondage sur le mieux-être des familles du Nouveau-Brunswick 2019-2020

Questionnaire du parent/tuteur : M à la 5^e année

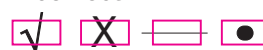
Instructions:

- 1) Faire des marquages épais et foncés. UTILISER UN CRAYON À MINE HB.
- 2) Ne cocher pas les cases pour les sélectionner.
- 3) Si vous effacez, veuillez effacer complètement.
- 4) Veuillez ne faire aucune autre marque sur ce formulaire.

Correct:



Incorrect:



À propos de votre enfant

1. Votre enfant est... Une fille Un garçon Autre

2. Quel âge a votre enfant?

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

3. Quelle est l'année scolaire de votre enfant?

- M 1 2 3 4 5

4. Est-ce que votre enfant est né au Canada?

- Oui Non

5. Si votre enfant n'est **pas né au Canada**, depuis combien d'années habite-t-il au Canada?

- 1 à 2 ans 3 à 5 ans Plus de 5 ans

6. Est-ce que votre enfant est Autochtone?

- Oui Non Je ne le sais pas

7. Si **Oui**, veuillez spécifier :

- Mon enfant est des Premières Nations (e.g. Wolastoqey, Mi'kmaq, Passamaquoddy) habitant **sur une réserve**
 Mon enfant est des Premières Nations (e.g. Wolastoqey, Mi'kmaq, Passamaquoddy) habitant **hors réserve**
 Mon enfant est Inuit
 Mon enfant est Métis

	Pieds	Pouces		Centimètres
8. Nu-pieds, votre enfant mesure : _____		<input type="checkbox"/> 0	OU	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0
		<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1
		<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2
		<input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3
		<input type="checkbox"/> 4		<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 4
		<input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 5
		<input type="checkbox"/> 6		<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 6
		<input type="checkbox"/> 7		<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 7
		<input type="checkbox"/> 8		<input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 8
		<input type="checkbox"/> 9		<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 9
		<input type="checkbox"/> 10		<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 10
	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 11		

(Veuillez écrire la taille de votre enfant sur la ligne ci-dessus et noircir les nombres appropriés en pieds/pouces **OU** en centimètres)

	Livres		Kilogrammes
9. Nu-pieds, votre enfant pèse : _____	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0	OU	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1
	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2
	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 4		<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 4
	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 6		<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 6
	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 7		<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 7
	<input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 8		<input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 8
	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 9		<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 9

(Veuillez écrire le poids de votre enfant sur la ligne ci-dessus et noircir les nombres appropriés en livres **OU** en kilogrammes)

10. Est-ce que votre enfant a été diagnostiqué avec des difficultés d'apprentissage ou des besoins spéciaux en éducation? Veuillez indiquer toutes les réponses qui s'appliquent.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mon enfant n'a pas été diagnostiqué avec des difficultés d'apprentissage ou des besoins spéciaux en éducation | <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle |
| <input type="checkbox"/> Autisme / Syndrome d'Asperger | <input type="checkbox"/> Trouble du langage / de la parole |
| <input type="checkbox"/> Trouble du comportement | <input type="checkbox"/> Trouble d'apprentissage |
| <input type="checkbox"/> Aveugle ou malvoyant | <input type="checkbox"/> Déficience physique |
| <input type="checkbox"/> Sourd ou malentendant | <input type="checkbox"/> Problème en santé mentale |
| <input type="checkbox"/> Trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) ou Trouble du déficit de l'attention sans hyperactivité (TDA) | <input type="checkbox"/> Doué |
| | <input type="checkbox"/> Autre (veuillez spécifier) : |

Votre enfant et l'alimentation

- | | Aucune | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 ou plus | Je ne le sais pas |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11. Hier , combien de fois pensez-vous que votre enfant a mangé des fruits , y compris des fruits frais, cuits, surgelés, en conserve ou séchés? (Ne comptez pas : les jus de fruits, les roulés aux fruits ou les autres friandises aux fruits.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Hier , combien de fois pensez-vous que votre enfant a mangé des légumes , y compris des légumes frais, cuits, surgelés ou en conserve? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. La semaine dernière , combien de fois votre enfant a-t-il mangé un repas devant la télé? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Votre enfant et le mouvement

14. **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 |
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 |
15. Combien d'heures pensez-vous que votre enfant passe habituellement à dormir chaque nuit?
- | | | | |
|--|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Moins de 6 heures | <input type="checkbox"/> 6 à 7 heures | <input type="checkbox"/> 7 à 8 heures | <input type="checkbox"/> 8 à 9 heures |
| <input type="checkbox"/> 9 à 10 heures | <input type="checkbox"/> 10 à 11 heures | <input type="checkbox"/> 11 heures ou plus | |

À propos de vous et de votre maison

Hier, combien de fois avez-vous mangé...

- | | | | | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | Aucune | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 ou plus |
| 16. ... des fruits, y compris les fruits frais, cuits, surgelés, en conserve ou séchés? (<u>Ne comptez pas</u> : les jus de fruits.) | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 |
| 17. ... des légumes, y compris les légumes frais, cuits, surgelés ou en conserve? | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 |
| 18. ... des bonbons, friandises, croustilles ou frites? | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 |
| 19. ... boissons gazeuses, breuvages d'eau à différentes saveurs, boissons sportives, boissons énergétiques, Slushies®, etc.? | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 |

La semaine dernière, combien de fois avez-vous mangé...

- | | | | | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 20. ... à un restaurant à service rapide ou un lieu de restauration rapide avec votre enfant? | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 |
| 21. ... un déjeuner? | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 |
| 22. ... avec votre enfant au souper? | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 |
23. Connaissez-vous la politique «Nutrition et amélioration de l'alimentation en milieu scolaire» (politique 711)? Oui Non

24. **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?

- | | | | | | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aucun | <input type="checkbox"/> 1 jour | <input type="checkbox"/> 2 jours | <input type="checkbox"/> 3 jours | <input type="checkbox"/> 4 jours | <input type="checkbox"/> 5 jours | <input type="checkbox"/> 6 jours | <input type="checkbox"/> 7 jours |
|--------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|

25. 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?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Parfois (1-2 fois par semaine) | <input type="checkbox"/> Très souvent (chaque jour) |
| <input type="checkbox"/> Rarement (moins d'une fois par semaine) | <input type="checkbox"/> Souvent (3-5 fois par semaine) | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |

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 le sais pas |
| 26. 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.) | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 |
| 27. Lire (en dehors du travail) | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 |
| 28. Faire des activités de loisirs (bricoler, chanter, écouter de la musique, jouer du piano, etc.) | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 |
| 29. Participer à des activités physiques (courir, la marche, la natation, les sports, les travaux autour de la maison, etc.) | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 |

30. Est-ce que vous, ou quelqu'un qui habite avec vous, fumez? Oui Non
31. Permettez-vous aux gens de fumer dans votre maison? Oui Non
32. Permettez-vous aux gens de fumer à l'intérieur de votre voiture familiale? Oui Non

Merci d'avoir répondu aux questions. Veuillez placer le sondage dans l'enveloppe fournie.
Scellez et retournez l'enveloppe à l'enseignant de votre enfant, ou à son école.