

**N° de participant: \_\_\_\_\_ T0**

**1** Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

**3** Âge:  ans

**5 Type de logement :** ☐ Maison ☐ Appartement ☐ Foyer logement ☐ Maison de retraite  
☐ Colocation ☐ Chez la famille, amis ☐ Autre : \_\_\_\_\_

**6 Commune de résidence:**

**7 Catégorie socio-professionnelle :** ☐ Agriculteurs exploitants  
☐ Artisans, commerçants, chefs d'entreprise ☐ Cadres, professions intellectuelles supérieures  
☐ Professions intermédiaires ☐ Employés ☐ Ouvriers

**8 Retraité(e) :** ☐ Oui ☐ Non

**9 Si oui, quelle est votre caisse de retraite ?**

☐ Régime général (Cnav)    ☐ Régime agricole (MSA)    ☐ Régime indépendant (RSI)

☐ Régime spécial, lequel: \_\_\_\_\_

Et quel est votre régime complémentaire: \_\_\_\_\_

**10** Comment avez-vous connu cet atelier? (Plusieurs réponses sont possibles)

☐ Votre caisse de retraite☐ La mairie ou le CCAS

☐ Un Centre local d'information et de coordination gérontologique (Clic)

☐ La presse, les journaux

☐ Le site Internet de votre caisse de retraite

☐ L'entourage : voisins, amis, connaissances

☐ Un professionnel de santé : médecin, infirmier/ère, pharmacien, kiné, etc.

☐ Lors d'un atelier, d'une conférence, d'un forum☐ Autre: \_\_\_\_\_

**11 Avez-vous participé à l'atelier pour :** *(Plusieurs réponses sont possibles)*

- ☐ Vous informer et avoir des conseils sur votre santé et votre bien-être
- ☐ Passer un bon moment et/ou rencontrer de nouvelles personnes
- ☐ Connaître les activités culturelles, sportives, bénévoles, de loisirs, etc., près de chez vous
- ☐ Connaître les professionnels du « Bien vieillir » près de chez vous
- ☐ Autre : \_\_\_\_\_

**12 Avez-vous déjà participé à des ateliers sur la santé ?** ☐ Non ☐ Oui

Si oui, lesquels : \_\_\_\_\_

**→ Quelques questions sur votre santé et vos habitudes de vie**

**13 Dans l'ensemble, êtes-vous satisfait(e) de la vie que vous menez ?**

- ☐ Très satisfait(e) ☐ Plutôt satisfait(e) ☐ Plutôt insatisfait(e) ☐ Très insatisfait(e)

**14 Dans l'ensemble, vous trouvez votre santé :**

- ☐ Excellente ☐ Très bonne ☐ Bonne ☐ Médiocre ☐ Mauvaise

**15 Dans la vie quotidienne, quelles sont vos occupations ?** *(Plusieurs réponses sont possibles)*

- ☐ Je suis membre d'une association ou d'un club.
- ☐ J'ai des activités à l'extérieur (cinéma, musée, randonnée, etc.).
- ☐ J'ai des activités à domicile (bricolage, jardinage, lecture, etc.).
- ☐ Je n'ai pas d'occupation particulière.

**16 Aujourd'hui, diriez-vous que :**

	Oui, tout à fait	Oui, plutôt	Non, pas vraiment	Non, pas du tout
Vous mangez au moins <b>5 parts de fruits et légumes</b> par jour.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous mangez des <b>féculents (pains, céréales et dérivés)</b> à chaque repas selon l'appétit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous mangez <b>des produits laitiers</b> 3 fois par jour.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous mangez <b>de la viande, du poisson ou des œufs</b> 1 à 2 fois par jour.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous limitez la consommation de <b>produits gras, sucrés et salés.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous buvez de <b>l'eau</b> à volonté.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>