

## ATELIER

Atelier du       au      N° de participant :  T1Prénom :  Nom : 

## → Votre participation à l'atelier et votre satisfaction

**1 Avez-vous participé à toutes les séances ?**☐ Oui ☐ Non, pourquoi : **2 Êtes-vous satisfait(e) ?**

	Oui, tout à fait	Oui, plutôt	Non, plutôt pas	Non, pas du tout
De la durée de l'intervention, de la gestion du temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du contenu : apport de connaissances, qualité des informations et des outils utilisés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'animation et de l'animateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des documents distribués	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des conseils apportés, des échanges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'ambiance de groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du lieu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des horaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la participation financière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3 Selon vous, quels sont :**

Les points forts de cet atelier

  
  
  


Les points d'amélioration de cet atelier

  
  
  

**4 Cet atelier a-t-il répondu à vos attentes ?**☐ Oui ☐ Non ☐ Ne se prononce pas

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

**5 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)**6 Dans l'ensemble, vous trouvez votre santé :**☐ Excellente ☐ Très bonne ☐ Bonne ☐ Médiocre ☐ Mauvaise

**7 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.

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

	Oui, tout à fait	Oui, plutôt	Non, plutôt pas	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"/>

**→ Les apports de l'atelier**

**9 Avez-vous appris que :**

	Je le savais déjà	L'atelier me l'a confirmé	L'atelier me l'a appris	Ne se prononce pas
Il est important de faire <b>3 à 4 repas par jour</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adopter <b>une alimentation variée et équilibrée</b> c'est : <ul style="list-style-type: none"> <li>• privilégier les aliments bénéfiques (fruits, légumes, féculents, pains, viandes, poissons, œuf)</li> <li>• limiter la consommation de produits gras, salés, sucrés</li> <li>• boire de l'eau en quantité</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Une alimentation équilibrée et la pratique d'une activité physique</b> tous les jours protègent des maladies (diabète, maladies cardiovasculaires, cancers, etc.) et des risques (ostéoporose, dénutrition, chutes, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**10 Suite à cet atelier, vous avez l'intention de :**

	Oui, tout à fait	Oui, plutôt	Non, plutôt pas	Non, pas du tout
Adopter les recommandations alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Participer aux activités de votre caisse de retraite : ateliers collectifs de prévention, conférences thématiques, forums. Si oui, lesquelles : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Participer à des activités sportives, culturelles, de loisirs, etc. Si oui, lesquelles : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revoir les personnes avec qui vous avez participé à l'atelier.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conseiller cet atelier à votre entourage.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Pour information**

Un questionnaire vous sera envoyé dans quelques mois pour apprécier les effets de l'atelier.