

ATELIER

Atelier du au

N° de participant : _____ T2

Prénom : _____ Nom : _____

→ Quelques questions sur votre santé et vos habitudes de vie

1 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)
2 Dans l'ensemble, vous trouvez votre santé :
☐ Excellente ☐ Très bonne ☐ Bonne ☐ Médiocre ☐ Mauvaise
3 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.

→ Les apports de l'atelier quelques mois après

4 Vos habitudes de vie

Oui

Non

Ne se
prononce pas

Vous avez modifié vos habitudes de vie*.

☐☐☐

Si oui, lesquelles : _____

Vous avez des difficultés à changer vos habitudes de vie*.

☐☐☐

Si oui, lesquelles : _____

* Par exemple, concernant l'alimentation, l'activité physique, la gestion du stress, le sommeil, la stimulation de votre mémoire, la participation à des activités de loisirs, culturelles, etc.

5 Vos habitudes alimentaires

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

6 Vos activités

	Oui	Non	Ne se prononce pas
Vous avez participé aux activités de votre caisse de retraite : ateliers collectifs de prévention, conférences thématiques, forums. <i>Si oui, lesquelles :</i> _____ _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous avez participé à des activités sportives, culturelles, de loisirs, etc. <i>Si oui, lesquelles :</i> _____ _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous avez revu les personnes avec qui vous avez participé à l'atelier.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous avez conseillé cet atelier à votre entourage.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>