

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 activités

Toujours Souvent Parfois Rarement Jamais

Vous pratiquez des activités intellectuelles (mots-fléchés, lecture de livres ou de journaux, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous pratiquez des activités physiques (marche, natation, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous pratiquez des activités culturelles , de loisirs (théâtre, cinéma, chant, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous pratiquez des activités sociales (associatives, bénévolat, tutorat, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui, tout à fait	Oui, plutôt	Non, plutôt pas	Non, pas du tout	
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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
Vous avez conseillé cet atelier à votre entourage.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	