

ATELIER

Atelier du au N° de participant : T0

→ Pour mieux vous connaître

1 Prénom : Nom : 2 Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin3 Âge : ans4 Situation maritale : ☐ En couple ☐ Divorcé ☐ Célibataire ☐ Veuf/veuve5 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 ☐ Ouvriers8 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)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Votre caisse de retraite | <input type="checkbox"/> Le site Internet de votre caisse de retraite |
| <input type="checkbox"/> La mairie ou le CCAS | <input type="checkbox"/> L'entourage : voisins, amis, connaissances |
| <input type="checkbox"/> Un Centre local d'information et de coordination gériatrique (Clic) | <input type="checkbox"/> Un professionnel de santé : médecin, infirmier/ère, pharmacien, kiné, etc. |
| <input type="checkbox"/> La presse, les journaux | <input type="checkbox"/> Lors d'un atelier, d'une conférence, d'un forum |
| | <input type="checkbox"/> Autre : <input type="text"/> |

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 ? : ☐ Oui ☐ Non

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 vous pratiquez : **Toujours** **Souvent** **Parfois** **Rarement** **Jamais**

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"/>
Des activités physiques (marche, natation, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des activités culturelles , de loisirs (théâtre, cinéma, chant, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des activités sociales (associatives, bénévolat, tutorat, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>