

## ATELIER

Atelier du       au      

N° de participant : \_\_\_\_\_ T1

Prénom : \_\_\_\_\_ 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**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 vous pratiquez :** **Toujours** **Souvent** **Parfois** **Rarement** **Jamais**

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

**→ Les apports de l'atelier**

**9 Vous avez appris que :**

**Je le savais déjà** **L'atelier me l'a confirmé** **L'atelier me l'a appris** **Ne se prononce pas**

À tout âge <b>le cerveau doit être stimulé</b> pour renforcer ses capacités cognitives.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>La mémoire et les fonctions cognitives</b> sont stimulées par des activités intellectuelles, physiques, culturelles, de loisirs et sociales.	<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**

Participer régulièrement à				
- des <b>activités intellectuelles</b> (mots-fléchés, lecture de livres ou de journaux, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- des <b>activités physiques</b> (marche, natation, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- des <b>activités culturelles</b> , de loisirs (théâtre, cinéma, chant, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- des <b>activités sociales</b> (associatives, bénévolat, tutorat, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Participer à des activités sportives, culturelles, de loisirs, etc.</b> Si oui, lesquelles : _____ _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Revoir les personnes</b> avec qui vous avez participé à l'atelier.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Conseiller cet atelier</b> 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.**