

# Université McMaster – Sondage à l'intention des parents d'enfants fréquentant la maternelle et le jardin d'enfants

Chers parents ou tuteurs / tutrices des élèves de la maternelle et du jardin d'enfants,

## Nous avons besoin de votre rétroaction !

L'Offord Centre for Child Studies à l'université McMaster, en collaboration avec le nom de la municipalité et nom du/des conseil(s) scolaires, mène le « Sondage à l'intention des parents d'enfants fréquentant la maternelle et le jardin d'enfants » (SPMJ). Nous aimerions vous inviter à participer au SPMJ parce que vous avez un enfant présentement en maternelle ou au jardin.

Le SPMJ, ci-joint, fut développé par le Centre Offord et pose une variété de questions sur les expériences précoces des enfants, la santé, l'utilisation de services et de programmes, etc. Les résultats du sondage offrent de l'information qui aide les organismes et les agences pour enfants locaux à mieux comprendre le contexte dans lequel les enfants habitent, grandissent et apprennent lors des premières années de vie. Ceci a pour but d'aider la planification de services afin d'améliorer le bien-être des enfants dans la communauté. Les données recueillies à l'aide de ce sondage seront offertes à nom de la municipalité et pourront être partagées avec le conseil scolaire de votre enfant. En aucun temps seriez-vous (parent ou tuteur) ou votre enfant identifié.

Que devez-vous savoir ?

- **Vos réponses sont volontaires et anonymes** (svp ne pas inclure votre nom ni celui de votre enfant sur le sondage). Votre code postal sera utilisé afin de regrouper vos résultats dans le bon quartier ou la bonne communauté.
- Le sondage devrait vous prendre environ **20 minutes à remplir**.
- Votre sondage complété sera soumis à un serveur sécurisé situé à l'université McMaster, à Hamilton, Ontario.
- **Vos réponses individuelles ne seront pas partagées avec l'enseignant(e) ou la direction d'école de votre enfant.** Les données seront résumées et rapportées seulement au niveau d'un groupe, tel qu'une communauté ou un conseil scolaire, et non par école.
- Il n'y a aucun risque ou avantage direct pour vous ou votre enfant associé à votre participation au sondage. Nous croyons que l'information recueillie par le sondage nous aidera à répondre à certaines questions concernant les facteurs qui influencent le développement des enfants dans la communauté, à informer les programmes et les services et à identifier les obstacles et les lacunes dans les services.
- Les résultats du sondage pourront être utilisés dans les rapports et les publications scientifiques futurs.
- Vous pouvez contacter le comité de déontologie de l'université McMaster au (905) 521-2100 poste 23142 si vous avez des questions concernant vos droits en tant que participant.

Pour de plus amples informations, veuillez communiquer avec :  
Nom de la/du coordonatrice/teur de l'analyse des données



## Partie A: Où habitez-vous ?

**A1. Dans quelle communauté habitez-vous ou êtes-vous le plus près ?**

**A2. Quel est votre code postal ?**

*Les Codes postaux devraient être dans le format suivant : A1A 1A1.*

**A3. À quel conseil scolaire l'école de votre enfant appartient-elle ?**

## Partie B: Santé et développement de l'enfant

Pour les questions qui réfèrent à « votre enfant », veuillez répondre en fonction de votre enfant qui est inscrit à la maternelle ou au jardin d'enfants. Si vous avez plus d'un enfant en maternelle / jardin, veuillez remplir un questionnaire pour chaque enfant.

**B1. Est-ce que votre enfant est en maternelle ou au jardin d'enfants ?**

| Maternelle               | Jardin<br>d'enfants      | Je ne le<br>sais pas     |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**B2.**

**Si votre enfant est dans une classe de jardin d'enfants, est-ce qu'il  
ouelle a fréquenté la maternelle ?**

| Oui, à<br>l'école        | Oui, à un<br>endroit autre<br>que l'école | Non, n'a pas<br>fréquenté la<br>maternelle | Ne<br>s'applique<br>pas  |
|--------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |



**B3. Quel est le genre de votre enfant ?**

Féminin ☐

Masculin ☐

Genre non conforme (veuillez préciser)

☐

Genre non conforme (veuillez préciser)

**B4. Quel est votre lien avec l'enfant ?**

**B5. Quelle est la date de naissance de votre enfant ?**

*Veuillez utiliser le format suivant : mois / jour*

**B6. Est-ce que votre enfant fut né(e) à moins de 2 semaines de la date prévue pour sa naissance ?**

Oui ☐ Non ☐ Je ne le sais pas ☐

**B7. Votre famille a-t-elle un médecin de famille ou un fournisseur de soins de santé ?**

Oui ☐ Non ☐

**B8. Combien de vos enfants fréquentent une classe de maternelle ou de jardin d'enfants en ce moment ?**

**B9. Est-ce que vous ou votre fournisseur de soins de santé avez complété une liste de vérification (NDDS) pour votre enfant lors de votre visite chez le médecin quand votre enfant avait 18 mois ?**

*Le NDDS (Nipissing District Developmental Screen) est un outil de dépistage de 17 questions qui a pour but de surveiller le développement de votre enfant.*

Oui ☐ Non ☐ Mon enfant n'a pas visité le médecin à l'âge de 18 mois. ☐ Je ne le sais pas ☐

**B10. Avez-vous des préoccupations au sujet de votre enfant :**

*S'il vous plaît indiquer toutes les réponses qui s'appliquent.*

Vision ☐

Audition ☐



Allergies ☐

Santé dentaire ☐

Non ☐

Autre ☐

Autre

|  |
|--|
|  |
|--|

**B11. Au cours de la dernière année, votre enfant a-t-il / elle consulté un professionnel de la santé pour des examens de routine ou des vaccins (c.-à-d. des immunisations) ?**

Oui      Non      Je ne le sais pas

☐ ..... ☐ ..... ☐

**B12. Au cours de la dernière année, quelle a été la santé globale de votre enfant ?**

Mauvaise      Fragile      Bonne      Très bonne      Excellente      Je ne le sais pas

☐ ..... ☐ ..... ☐ ..... ☐ ..... ☐ ..... ☐

**B13. Votre enfant a-t-il / elle un besoin de santé / éducatif particulier ?**

Besoin de santé      Non      Besoin soupçonné mais non diagnostiqué      Oui, besoin diagnostiqué      Je ne le sais pas

☐ ..... ☐ ..... ☐ ..... ☐

Besoin éducatif      ☐ ..... ☐ ..... ☐ ..... ☐

**B14. Veuillez préciser, le cas échéant.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

**B15. Dans la dernière année, combien de fois votre famille a-t-elle eu recours à des services alimentaires communautaires (p. ex. banque alimentaire, Community Care) ?**

Jamais      1 à 3 fois      4 à 6 fois      Plus de 6 fois

☐ ..... ☐ ..... ☐ ..... ☐

**B16. Est-ce que votre enfant se couche à la même heure tous les jours ?**

Oui      Non      Je ne le sais pas

☐ ..... ☐ ..... ☐



**B17. Lors d'une journée régulière de la semaine, combien d'heures votre enfant dort-il / elle (y compris les heures de sommeil la nuit et les siestes) ?**

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

**B18. Au cours d'une semaine régulière, à quelle fréquence votre enfant mange-t-il / elle le petit-déjeuner ?**

|  |                          |                            |                                  |                          |                          |
|--|--------------------------|----------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  | Jamais                   | Une fois<br>par<br>semaine | Plusieurs<br>fois par<br>semaine | Chaque<br>jour           | Je ne le<br>sais pas     |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**B19. Au cours d'une semaine régulière, à quelle fréquence votre enfant mange-t-il / elle un repas en famille ?**

|  |                          |                            |                                  |                          |                          |
|--|--------------------------|----------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  | Jamais                   | Une fois<br>par<br>semaine | Plusieurs<br>fois par<br>semaine | Chaque<br>jour           | Je ne le<br>sais pas     |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**B20. Au cours de la dernière année, votre enfant a-t-il / elle été blessé(e) suffisamment pour nécessiter l'aide d'un médecin, d'une infirmière ou d'un dentiste (tel qu'un os cassé, une coupure ou une brûlure grave, une blessure à la tête, un empoisonnement ou une entorse à la cheville) ?**

|  |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  | Oui                      | Non                      | Je ne le<br>sais pas     |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**B21. Au cours des 3 derniers mois, votre enfant souffrait-il / elle de douleur qui a persisté plus de 24 heures ?**

|  |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  | Oui                      | Non                      | Je ne le<br>sais pas     |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**B22. Où se trouve (ou où se trouvait) la douleur ? Veuillez sélectionner tout ce qui s'applique.**

Ne s'applique pas ☐

La tête ☐

La poitrine ☐

Le cou ☐

La hanche / le bassin / la cuisse ☐

Le dos ☐

Le genou / la partie inférieure de la jambe ☐

L'épaule / le coude / le bras ☐

La cheville / le pied / les orteils

1

Le poignet / la main / les doigts

5

L'abdomen / l'estomac

9

Je ne le sais pas

7

Autre



Autre

|  |
|--|
|  |
|--|

**B23. Depuis combien de temps votre enfant souffre-t-il / elle de cette douleur ?**

[illegible]

**B24. Quel fut l'impact de cette douleur sur votre enfant ? Veuillez sélectionner une réponse à chaque question.**

[illegible]

**B25.** Sur une échelle de 1 à 10, où 1 représente aucune douleur et 10 représente la pire douleur possible, quel nombre représente le mieux le niveau de douleur de votre enfant lors des 2 dernières semaines ?

Niveau de douleur



## Partie C: Services de garde d'enfants et les expériences pré-maternelle

**C1. Au total, quelle a été la durée du congé parental ?**

| Moins de<br>6 mois       | Entre 6<br>mois et 1<br>an | Plus d'un<br>an          | Ne<br>s'applique<br>pas  |
|--------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**C2. Avant l'entrée à la maternelle, votre enfant a-t-il ou elle été sous la garde de quelqu'un autre qu'un parent/tuteur.trice sur une base régulière ? S'il vous plaît ne pas inclure le gardiennage occasionnel.**

Gardé(e) par un membre de la famille dans votre domicile ☐

Gardé(e) par un non-membre de la famille dans votre domicile ☐

Gardé(e) par un membre de la famille dans son domicile ☐

Gardé(e) par un non-membre de la famille dans son domicile ☐

École préscolaire ☐

Garderie / centre de la petite enfance ☐

Non ☐

Autre ☐

Autre



**Ne s'applique pas**

**8 heures ou moins par semaine**

**9 à 15 heures par semaine**

**8 heures ou moins par semaine**

**16 à 30 heures par semaine**

**Plus de 30 heures par semaine**





**C7. Au cours de l'année avant la rentrée scolaire de votre enfant, à quelle fréquence a-t-il / elle participé aux activités suivantes ou visité les endroits suivants ?**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Une fois<br>par semaine<br>ou plus | 1 à 3 fois<br>par mois   | Plusieurs<br>fois par<br>année | Une fois<br>par année    | Jamais                   | Je ne le<br>sais pas     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Programmes basés sur le jeu destinés aux enfants et aux familles (p. ex. des programmes de porte ouverte, des programmes pour les mamans et leurs petits, des programmes aux centres littéraires, des centres de la petite enfance / ON y va, des centres de Meilleur départ, des centres de ressources à l'intention des familles) | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Programmes de littératie ou de lecture à l'intention des familles (p. ex. l'heure du conte / temps de cercle à la bibliothèque et autres lieux)                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Programmes de musique, de danse ou d'arts plastiques                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Une bibliothèque municipale                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Une librairie ou un salon du livre                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Programmes culturels ou portant sur des origines ethniques                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Programmes portant sur une langue quelconque                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Un musée                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Programmes d'activité physique (p. ex. natation, soccer, gymnastique, etc.)                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**C8. Depuis sa naissance, votre enfant a-t-il / elle eu besoin d'un des services suivants ?**

|                                                                                                 | Oui et mon<br>enfant a<br>obtenu ce<br>service | Oui mais mon<br>enfant n'a pas<br>obtenu ce<br>service | Non                      | Je ne le<br>sais pas     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Services de rééducation de la parole et du langage (orthophonie)                                | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Services pour enfants ayant une déficience visuelle                                             | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Physiothérapie                                                                                  | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Service pour des problèmes de l'ouïe                                                            | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Programmes / services pour des troubles de comportement                                         | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Programmes / services pour la santé mentale                                                     | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Programmes / services pour français langue seconde                                              | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Services de soins dentaires au-delà des soins habituels                                         | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Services particuliers en alimentation                                                           | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aide à l'apprentissage (p. ex. aide pour écouter, pour parler, pour la résolution de problèmes) | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



## Partie D: Maternelle / jardin d'enfants

### D1. Dans quelle mesure êtes-vous d'accord / en désaccord avec les énoncés suivants ?

|                                                                                          | Fortement<br>en accord   | En<br>accord             | En<br>désaccord          | Fortement<br>en<br>désaccord | Je ne le<br>sais pas     |
|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Mon enfant aime aller à l'école                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| Mon enfant est enthousiaste à l'idée d'apprendre                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| Mon enfant a beaucoup d'amis                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| Mon enfant s'entend bien avec les autres de son âge                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| L'école de mon enfant est un endroit amical et accueillant                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| En tant que parent, je me sens bien accueilli dans l'école de mon enfant                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| Le bâtiment scolaire de mon enfant est un endroit propice à l'apprentissage              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| Mon enfant se sent accepté par les adultes dans son école                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| Mon enfant se sent en sécurité à l'école                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| L'horaire de la maternelle répond aux besoins de notre famille                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| Je crois que mon enfant est capable de gérer la journée scolaire                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| Les programmes de la maternelle aident l'apprentissage et le développement de mon enfant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| Dans l'ensemble, je suis satisfait du programme de maternelle / jardin                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |

### D2. Utilisez-vous des services de garde avant ou après l'école ?

| Oui, les<br>deux         | Oui, seulement<br>les services de<br>garde avant<br>l'école | Oui, seulement<br>les services de<br>garde après<br>l'école | Non, je<br>n'utilise<br>aucun service |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                    | <input type="checkbox"/>                                    | <input type="checkbox"/>              |

### D3. Avez-vous besoin de services de garde avant ou après l'école auxquels vous n'avez présentement pas accès ?

| Oui, les<br>deux         | Oui, j'ai besoin<br>de services de<br>garde avant<br>l'école | Oui, j'ai besoin<br>de services de<br>garde après<br>l'école | Non, j'ai<br>accès aux<br>deux | Non, je n'ai<br>pas besoin de<br>services de<br>garde | Je ne suis pas<br>au courant de<br>ces<br>programmes |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>                             |

### D4. L'école a-t-elle manifesté des inquiétudes concernant le comportement ou l'apprentissage de votre enfant ?

| Non                      | Oui, des<br>inquiétudes<br>concernant son<br>comportement | Oui, des<br>inquiétudes<br>concernant son<br>apprentissage | Oui, les<br>deux         | Je ne le<br>sais pas     |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                  | <input type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### D5. Est-ce qu'il y a des obstacles qui vous empêchent de vous impliquer dans les activités scolaires ?

On ne m'a jamais demandé de venir ☐



Les heures ne me conviennent pas / il y a un conflit avec mon emploi ☐

Je n'ai pas le moyen de m'y rendre ☐

Difficile d'obtenir des services de garde pour mes autres enfants ☐

Je ne suis pas au courant des activités ☐

Problème de santé ou handicap ☐

Je ne connais pas d'autres parents à l'école ☐

Je ne connais pas bien l'enseignant(e), l'éducateur(trice) de la petite enfance, ou le personnel de l'école ☐

Barrière linguistique ☐

C'est un tracàs / besoin d'une attestation de vérification de casier judiciaire ☐

Ne s'applique pas ☐

Autre ☐

Autre

## Partie E: Vous et votre enfant

**E1. Parmi les activités suivantes, lesquelles présentent des défis pour vous en tant que parent / tuteur ?**

Trouver du temps à passer en famille ☐

Préparer votre enfant pour sa journée ☐

Jouer avec votre enfant ☐

Préparer des repas sants ☐

Assurer que votre enfant mange des aliments qui favorisent sa santé ☐

Motiver votre enfant à faire de l'activité physique ☐

Avoir suffisamment de nourriture pour votre famille ☐

Savoir ce que les enfants devraient être en mesure de faire à des âges spécifiques ☐



- Aider votre enfant à faire la transition d'un service de garde à un autre ou d'un programme à un autre au cours de la journée ☐
- L'utilisation de drogues, d'alcool ou une dépendance au jeu dans la famille ☐
- Traiter la mauvaise santé d'un grand-parent (soit mentale ou physique) ☐
- Faire joindre les deux bouts (p. ex. finances) ☐
- Ne s'applique pas ☐
- Autre ☐

Autre

**E2. Combien de fois avez-vous eu l'occasion de parler à votre enfant de :**

|                                                                                                                                                         | La plupart<br>des jours  | Quelques<br>fois par<br>semaine | Une fois<br>par<br>semaine | Quelques<br>fois par<br>mois | Moins<br>d'une fois<br>par mois | Pas<br>encore            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|----------------------------|------------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| Ses interactions positives avec d'autres enfants (p. ex. une expérience récente de partage ou lorsqu'il / elle a offert d'aider un autre enfant) ?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> |
| Ses interactions négatives avec d'autres enfants (p. ex. une expérience récente où il / elle s'est disputé avec un autre enfant ou s'est senti exclu) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> |
| Ses émotions ou ses sentiments ?                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> |
| Vos émotions ou vos sentiments ?                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> |
| Les émotions ou les sentiments des autres (p. ex. un autre enfant ou un autre adulte) ?                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> |

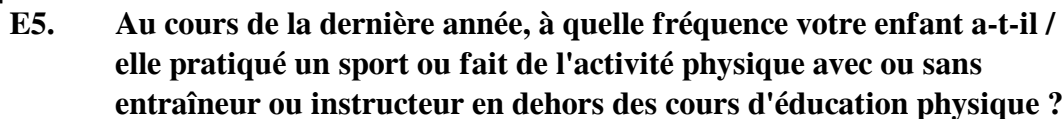
**E3. En général, combien de jours par semaine faites-VOUS au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité moyenne ou vigoureuse ?**

| Jamais                   | 1 ou 2                   | 3 ou 4                   | 5 ou plus                |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**E4. Incluant les membres de la famille de même que les visiteurs réguliers, est-ce que quelqu'un fume à l'intérieur de la maison à tous les jours ou presque à tous les jours ?**

*Ceci comprend les cigarettes, les cigares et les pipes. Fumer à l'intérieur de la maison exclut quelqu'un qui fume dans le garage, qu'il soit attaché à la maison ou non.*

| Non                      | Oui                      |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



|                                                                                                              | Une fois<br>par semaine<br>ou plus | 1 à 3 fois<br>par mois   | Plusieurs<br>fois par<br>année | Une fois<br>par année    | Jamais                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| AVEC un entraîneur ou un instructeur (p. ex. cours de natation, soccer, hockey, danse, etc.)                 | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SANS un entraîneur ou un instructeur (p. ex. faire des tours de vélo, faire de la planche à roulettes, etc.) | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**E6. Au cours des 7 DERNIERS JOURS, avez-vous (ou un autre adulte qui est proche de votre enfant) participé à l'une des activités suivantes avec votre enfant, à l'extérieur des heures de classe ?**

|                                                                                                                                     | Oui, tous les jours      | Oui, trois jours ou plus | Oui, un ou deux jours    | Non                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Jouer des jeux éducatifs simples de mathématiques (p. ex. jeux de cartes, compter, casse-tête, jeux de société)                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Chanter des chansons ou des comptines                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lui raconter ou lui lire une histoire                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'aider avec un projet d'art ou un bricolage ou colorier avec lui / elle                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'aider avec l'apprentissage des sons des lettres                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'aider à écrire des lettres, des chiffres ou son prénom                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Faire des tâches ménagères ensemble (p. ex. nettoyer, ranger les jouets, prendre soin d'un animal domestique)                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Faire des sorties ensemble (p. ex. aller magasiner, faire des courses / emplettes)                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Participer à des activités physiques / activités en famille (p. ex. prendre une marche, faire un tour de vélo, jouer à l'extérieur) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Parler avec l'enfant de sa journée                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jouer avec lui / elle (p. ex. à cache-cache / à la cachette, tag, jeux imaginaires, un goûter imaginaire)                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**E7. Lors d'une semaine typique (7 jours), combien de temps par jour votre enfant passe-t-il ou elle tout(e) seul(e) à jouer des jeux vidéos ou à écouter des émissions/films sur un appareil électronique (p. ex. télévision, tablette, ordinateur, téléphone cellulaire) ?**

[illegible]

**E8. Lors d'une semaine typique (7 jours), combien de temps par jour votre enfant passe-t-il ou elle en compagnie d'autres personnes à jouer des jeux vidéos ou à écouter des émissions/films sur un appareil électronique (p. ex. télévision, tablette, ordinateur, téléphone cellulaire) ?**

[illegible]



## Partie F: Votre quartier / votre communauté

**F1. Habitez-vous dans une communauté rurale ou urbaine ?**

| Rurale                   | Urbaine                  | Je ne le sais pas        |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**F2. Avez-vous accès aux endroits suivants près de votre domicile ? L'accès veut dire que vous pouvez vous y rendre à pied, en voiture (une courte distance) ou en autobus.**

|                                          | Oui                      | Non                      | Je ne le sais pas        |
|------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Parc public ou terrain de sport          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bibliothèque                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Centre communautaire                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| École                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Épicerie                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Centre culturel                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Établissement religieux                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Piscine, pataugeoire, aire de jeux d'eau | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aréna                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Membres de la famille ou de bons amis    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**F3. Veuillez nous parler de votre lieu de résidence :**

|                                                                                                                        | Vrai                     | Parfois vrai             | Pas vrai                 | Je ne le sais pas        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| On peut marcher seul sans danger lorsqu'il fait noir                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les enfants peuvent jouer dehors sans danger pendant la journée                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Il y a des parcs, des terrains de jeux et des espaces de jeux qui sont sécuritaires pour les enfants                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si un problème survient, les voisins se réunissent pour trouver une solution                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Il y a des adultes qui peuvent servir de modèles aux enfants                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les gens sont prêts à aider leurs voisins                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| On peut compter sur les adultes pour s'assurer que les enfants soient en sécurité et qu'ils ne s'attirent pas d'ennuis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Je connais mes voisins                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ma communauté est ouverte et accueillante pour les enfants                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



## Partie G: Information de base

**G1. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux votre statut familial actuel ?**

Monoparental ☐

Garde partagée ☐

Deux parents / tuteurs à la maison ☐

Famille élargie (p. ex. grand-parents, tantes, oncles) ☐

Autre ☐

Autre

|                                          |
|------------------------------------------|
| <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br> |
|------------------------------------------|

**G2. Partagez-vous la garde des enfants ou le parentage avec quelqu'un qui n'habite pas dans votre ménage ?**

Oui Non

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

**G3. À quelle fréquence votre enfant est-il ou elle en contact avec son autre parent / tuteur (le cas échéant) ?**

|                          |                          |                                  |                                    |                          |                            |                                  |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|------------------------------------|--------------------------|----------------------------|----------------------------------|
| Jamais                   | Une fois<br>par année    | Une fois<br>tous les<br>six mois | Une fois<br>tous les<br>trois mois | Une fois<br>pas<br>mois  | Une fois<br>pas<br>semaine | Plusieurs<br>fois par<br>semaine |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>         |

**G4. Quelle langue est-ce que VOUS parlez le plus souvent à la maison ?**

Première langue

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Deuxième langue (le cas échéant)

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Troisième langue (le cas échéant)

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

**G5. Est-ce que vous vous identifiez comme Autochtone (Premières Nations, Métis ou Inuit) ?**

Oui Non

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|



Jamais 1 fois 2 fois 3 fois 4 fois 5+ fois Je ne le sais pas



[illegible]





**G21. Quel est le revenu total de votre ménage avant les taxes ?**

- Moins de 10 000 \$ ☐
- 10 000 \$ à 19 999 \$ ☐
- 20 000 \$ à 29 999 \$ ☐
- 30 000 \$ à 39 999 \$ ☐
- 40 000 \$ à 49 999 \$ ☐
- 50 000 \$ à 59 999 \$ ☐
- 60 000 \$ à 69 999 \$ ☐
- 70 000 \$ à 79 999 \$ ☐
- 80 000 \$ à 89 999 \$ ☐
- 90 000 \$ à 99 999 \$ ☐
- 100 000 \$ à 124 999 \$ ☐
- 125 000 \$ à 149 999 \$ ☐
- 150 000 \$ ou plus ☐
- Je ne le sais pas ☐

**G22. Une fois que vous avez payé pour vos produits de première nécessité (nourriture, logement, hydro, téléphone, vêtements), est-ce qu'il vous reste assez d'argent pour acheter d'autres produits ou services ou pour mettre de l'argent de côté en cas d'urgence ?**

- Il ne me reste jamais de l'argent ☐
- Il ne me reste pas souvent de l'argent ☐
- Il me reste de l'argent environ la moitié du temps ☐
- Il me reste souvent de l'argent ☐
- Il me reste toujours de l'argent ☐
- Je ne le sais pas ☐

**Merci d'avoir rempli ce sondage. Vos réponses sont une partie importante de notre recherche.**