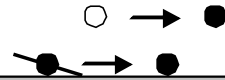


Sondage à l'intention des parents d'enfants fréquentant le jardin d'enfants

Veuillez utiliser un stylo à encre bleue ou noire et remplir le cercle.
Si vous faites une erreur, biffez remplissez le cercle de la bonne réponse.



SECTION A: SANTÉ ET DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT

*Veuillez répondre à toutes les questions concernant votre enfant qui fréquente actuellement le jardin d'enfants.
Veuillez noter que l'emploi du mot enfant au masculin n'a pour but que d'alléger le texte.*

1. Quel est le sexe de votre enfant? Masculin Fémin

2. Quelle est sa date de naissance? MM (mois) JJ (jour) AA (année)

--	--	--	--	--	--

3. Votre famille a-t-elle un médecin de famille ou un fournisseur de soins de santé avec qui vous pouvez parler de la santé de votre enfant? Oui Non

4. En général, diriez-vous que la santé de votre enfant est:

Excellente Très bonne Bonne Fragile Mauvaise

5. a. À votre avis, votre enfant a-t-il des besoins particuliers qui ne sont pas encore identifiés?
 Oui Non

b. Si oui, veuillez décrire ci-dessous le besoin particulier de votre enfant.

6. Au cours d'une semaine typique, combien de fois votre enfant:	Toujours	La plupart du temps	Parfois	Jamais
a. Mange-t-il un petit-déjeuner?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Mange-t-il au moins 4 portions de légumes et/ou de fruits par chaque jour?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Mange-t-il ou boit-il 2 portions de produits laitier (lait blanc or chocolat, fromage, yaourt, poudings au lait ou substituts de lait comme le lait de soja enrichi) par jour?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Prend-t-il ses repas avec la famille?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Mange-t-il au restaurant, incluant des restaurants-minute (p. ex. McDonald's, Tim Horton's)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Consomme-t-il des boissons gazeuse, des boissons avec sucre ajouté, ou des boissons énergisantes (p. ex. Coca-Cola, Gatorade, Fruitopia)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Au cours de la dernière année, combien de fois est-ce que vous, ou votre enfant qui fréquente le jardin, avez utilisé les services alimentation communautaire (banque alimentaire, programme scolaire de saine alimentation, programmes communautaires tels << PROJECT SHARE >>)?

Une fois par semaine Une fois par mois 3 ou 4 fois Une seule fois Jamais



SECTION B: SERVICE DE GARDE

Les questions ci-dessous concernent le type de service de garde **PRINCIPAL** que vous avez utilisé lorsque vous ou votre conjoint ou conjointe n'étiez pas disponibles. Même si vous avez utilisé plus d'un type de service de garde, choisissez celui que vous considérez comme étant le principal. N'incluez pas les services d'une gardienne que vous avez utilisés occasionnellement.

1. Pour CHAQUE période d'âge, quel a été votre PRINCIPAL type de service de garde? Veuillez donner une seule réponse pour chaque âge. Si vous n'utilisez pas de service de garde pour une certaine période d'âge, remplissez << Aucun - Garde assurée par le(s) parent(s)>>

Âge de l'enfant	Aucun - Garde assurée par parent(s)	Service de garde agréé dans une garderie	Service de garde agréé dans un domicile privé	Service de garde payant, non agréé (p. ex. ami(e), voisin(e))	Service de garde non payant (p. ex. membre de la famille)
0 à 12 mois (bébé)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1 an à 1 1/2 an (bébé)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1 1/2 an à 2 1/2 ans (tout-petit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 1/2 ans à 4 ans (âge préscolaire)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. En moyenne, pendant combien d'heures par semaine AU TOTAL votre enfant bénéficie-t-il de votre PRINCIPAL service de garde? Si vous n'utilisez pas de service de garde pour une certaine période d'âge de votre enfant, remplissez <<Aucun - Garde assurée par le(s) parent(s)>>

Âge de l'enfant	Aucun - Garde assurée par parent(s)	Moins de 20 heures/semaine	21-30 heures/semaine	Plus de 30 heures/semaine
0 à 12 mois (bébé)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1 an à 1 1/2 an (bébé)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1 1/2 an à 2 1/2 ans (tout-petit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 1/2 ans à 4 ans (âge préscolaire)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées concernant le choix d'un service de garde?

Veuillez choisir toutes les réponses pertinentes.

- Manque d'information sur les services de garde
- Absence de services pour les besoins particuliers
- Coût trop élevé
- Les heures ne répondent pas à mes besoins
- Problème d'accès à l'immeuble
- Difficulté à trouver des services de garde lorsque l'enfant n'est pas à l'école - lors d'imprévus (maladie, urgence)
- Difficulté à trouver des services de garde lorsque l'enfant n'est pas à l'école - pour des périodes planifiées (après l'école, pendant les vacances d'été et les journées pédagogiques)
- Autre (veuillez préciser) _____
- Qualité des services
- Services non fiables
- Problème de transport
- Aucune place disponible
- Aucune difficulté à trouver un service de garde



4. Quelle est l'importance des facteurs suivants dans votre choix d'un service de garde?

	Pas important	Assez important	Très important	Sans objet
Emplacement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coût	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Réputation de la garderie ou du fournisseur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Qualité du programme ou du service	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heures d'ouverture	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disponibilité de places subventionnées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'enfant connaît les éducatrices et/ou les préposé(e)s	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recommandation - ami(e) ou membre de ma famille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Accès à des services de soutien supplémentaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les membres du personnel sont qualifiés pour l'éducation de la petite enfance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Combien de différents services de garde votre enfant a-t-il fréquentés? (comprenant le service actuel)

0 1 2 3 4+

6. Votre employeur ou l'employeur de votre conjoint ou conjointe permet-il certains accommodements pour faciliter la garde d'enfant?

Oui Non Je l'ignore Ne s'applique pas

a) Si oui, veuillez préciser le type d'accommodement:

- Semaine de travail comprimée Heures d'arrivée et de départ flexibles
 Partage de poste Travail à domicile
 Horaire souple Autre (veuillez préciser) _____

7. Est-ce que vous ou votre conjoint ou coinjointe avez pris un congé parental?

Oui, la mère Oui, le père Oui, les deux parents Aucun

8. En tout, quelle a été la durée du congé parental?

Moins de 6 mois Entre 6 mois et 1 an Plus d'un an Ne s'applique pas



SECTION C: EXPÉRIENCES PRÉSCOLAIRES DE VOTRE ENFANT

1. Dans l'année qui a précédé l'entrée de votre enfant au jardin, à quelle fréquence a-t-il participé aux activités suivantes:

	Au moins une fois par semaine	Une fois par mois	3 ou 4 fois par année	Une fois par année	Jamais
Programmes basés sur le jeu et destinés aux enfants (haltes-jeux, programmes des Centres de la petite enfant de l'Ontario, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Programmes de littératie ou de lecture à l'intention des familles (p. ex. l'heure du conte à la bibliothèque)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Centres de formation au rôle parental et de littératie pour les familles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clubs pour enfants (p. ex. Les Castors, Les Étoiles, Club pour les jeunes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Programmes de musique, de danse ou d'arts plastiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S'est rendu à une bibliothèque municipale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S'est rendu à une librairie ou un salon du livre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Programmes culturelles ou portant sur les origines ethniques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Programmes portant sur d'une langue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Au cours des années qui ont précédé son entrée au jardin, votre enfant a-t-il obtenu de l'aide de l'un des services suivants?

	Oui	Non	Mon enfant est sur une liste d'attente
Programmes de rééducation de la parole et du langage (orthophonie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Programmes ou services à l'intention des enfants ayant une déficience visuelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ergothérapie ou physiothérapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Service pour problèmes de l'ouïe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Programmes/services pour problèmes de comportement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Programmes/services pour retard du développement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Programmes/services pour la santé mentale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Programmes/services pour français langue seconde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Services de soins dentaires au-delà des soins habituels	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Services particuliers en alimentation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aide à l'apprentissage (aide pour écouter, pour parler)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Au cours de l'année qui a précédé l'entrée de votre enfant au jardin d'enfants, avez-vous été dans l'impossibilité d'aider votre enfant à bénéficier de services pour l'une des raisons suivantes, quelle qu'elle soit? Veuillez choisir toutes les réponses qui s'appliquent à votre cas.

- Liste d'attente trop longue
 Services pas offerts dans ma langue
 Coût trop élevé
 Aucun service offert près chez moi
 Ne savais pas que les services étaient offerts
 Heures service ne me convenaient pas
 Manque d'information sur services offerts
 Aucun moyen de m'y rendre (aucune voiture, aucun autobus, coût trop élevé)
 Ne s'applique pas
 Autre (veuillez préciser) _____



SECTION D: JARDIN D'ENFANTS

1. Votre enfant a-t-il fréquenté ou fréquente-t-il présentement la maternelle?

Oui, à l'école Oui, à un endroit autre que l'école Non, n'a pas fréquenté la maternelle

2. Est-ce que vous avez déjà utilisé les services de garde avant ou après l'école?

	Avant l'école	Après l'école	Sans objet
Pendant la maternelle	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/>
Pendant le jardin	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/>

3. Est-ce que votre enfant fréquente présentement	Oui	Non
Programme prolongé avant les classes le matin à l'école	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Programme prolongé avant les classes le matin avec la même enseignante ou le même enseignant que pour son programme régulier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Programme prolongé avant les classes le matin mais pas à l'école	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Programme prolongé après les classes à l'école	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Programme prolongé après les classes avec la même enseignante ou le même enseignant pour son programme régulier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Programme prolongé après les classes le matin mais pas à l'école	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Combien d'écoles différentes enfant a-t-il fréquentées pendant ses années à la maternelle et au jardin, incluant celle qu'il fréquente présentement?

1 2 3 4+

5. Nous aimerions en savoir davantage sur l'expérience de votre famille avec le programme de jardin d'enfants de votre école.	Tout à fait d'accord	D'accord	En désaccord	Désaccord total
Mon enfant est excité au sujet de l'apprentissage.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comme parent, je me sens la bienvenue à l'école de mon enfant.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je crois que mon enfant est en mesure de faire face à la journée scolaire.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je suis en mesure de communiquer avec les autres parents de l'école de mon enfant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens à l'aise de communiquer avec l'enseignant(e) de mon enfant ou avec d'autres membres de personnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



6. Depuis le début de l'année scolaire, est-ce vous avez:	Oui, trois fois ou plus	Oui, une ou deux fois	Non
Assisté à une rencontre parent-enseignant?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assisté à une réunion générale tenue à l'école de votre enfant (journée portes ouvertes, réunion de conseil d'école, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assisté à une activité organisée dans la classe ou dans l'école de votre enfant (concert, pièce de théâtre, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fait du bénévolat dans la classe ou à l'école de votre enfant (sortie de classe, activité de levée de fonds, aids dans la bibliothèque, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Qu'est-ce qui vous empêche de participer aux activités organisées à l'école de votre enfant? Veuillez choisir toutes les réponses qui s'appliquent à votre cas.

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Les heures ne me conviennent pas/conflit avec mon travail | <input type="radio"/> Problème de santé ou handicap |
| <input type="radio"/> Ne connais pas bien l'enseignant(e) ou le personnel de l'école | <input type="radio"/> Pas de moyen de transport |
| <input type="radio"/> Difficulté à obtenir des services de garde pour mes autres enfants | <input type="radio"/> Ne connais pas d'autres parents à l'école |
| <input type="radio"/> Ne suis pas au courant de ces activités | <input type="radio"/> Activités pas offertes dans ma langue |
| <input type="radio"/> Ne s'applique pas | <input type="radio"/> Autre (veuillez préciser) |

8. Comment votre enfant se rend-il à l'école la plupart du temps? Veuillez choisir une seule réponse.

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> À pied ou à bicyclette, avec parent ou adulte responsable | <input type="radio"/> À pied ou à bicyclette avec autre adulte, frère, soeur, ami(e) |
| <input type="radio"/> Voiture ou transport en commun avec parent | <input type="radio"/> Voiture ou transport en commun, avec autre adulte |
| <input type="radio"/> Autobus scolaire ou taxi | <input type="radio"/> Moyen de transport spécial (p. ex. DARTS) |

SECTION E: VOUS ET VOTRE ENFANT

1. Au cours des 7 DERNIERS JOURS, est-ce que vous ou un autre adulte avez fait l'une des activités suivantes avec votre enfant?	Oui, tous les jours	Oui, plusieurs fois	Oui, une ou deux fois	Non
Faire des jeux éducatifs (avec cartes, compter, casse-tête, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chanter des chansons ou réciter des comptines	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lui raconter ou lui lire une histoire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Travailler avec lui à un projet d'art ou de bricolage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faire des activités pour apprendre les sons des lettres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faire des exercices pour écrire des chiffres, des lettres, son nom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le faire participer à certaines activités à la maison (cuisinier, faire le ménage, prendre soin d'un animal domestique, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faire des sorties (magasinage, faire des courses, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Participer à des activités physiques (faire de la marche ou de la bicyclette, jouer à l'extérieur, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parler avec l'enfant du déroulement et des activités de sa journée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jouer avec lui	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



2. Avez-vous déjà participé à un atelier ou une activité quelconque pour vous aider dans votre rôle parental?

- Oui Non

3. Parmi les activités suivantes, lesquelles présentent des défis pour vous? Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

- Avoir du temps pour la famille Jouer avec vos enfants
 Préparer votre enfant pour sa journée Préparer des repas santé
 Amener votre enfant à manger santé Faire joindre les deux bouts (finances)
 Avoir suffisamment de nourriture Faire des choix
 Connaître ce que mon enfant devrait être en mesure de faire à un âge donné
 Renforcer les bons comportements et décourager les mauvais
 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
 Motiver votre enfant à faire des activités physiques
 Consommation de drogues ou d'alcool dans la famille
 Traiter avec des grands-parents dont la santé est précaire (mental, physique)
 Autre (veuillez préciser) _____

4. Lesquels des articles suivants avez-vous dans votre domicile? Cochez tous ceux qui s'appliquent.

- Revues ou journaux Musique pour enfants
 Articles pour écrire (crayons, stylos, craies) Ordinateur
 Revues ou livres traitant de culture Livres de recettes
 Livres et romans pour adultes (science fiction, histoire, etc.) Dictionnaire, atlas
 Livres traitant de religion Jeux de société et jeux de cartes
 Livres et revues pour enfants Autres types de livres ou matériel de littérature

5. Est-ce qu'il y a une personne dans votre domicile qui fume habituellement à l'intérieur de la maison?

- Oui Non

6. Comment décrivez-vous votre niveau d'activité physique?

- Passif Moyen Actif Très actif

7. Comment est votre santé en général?

- Excellente Très bonne Bonne Moyenne Mauvaise

8. Au cours de 12 derniers mois, combien de fois votre enfant a-t-il:	Au moins une fois par semaine	Une fois par mois	3 ou 4 fois par année	Une fois par année	Jamais
Pratiqué un sport ou fait des activités physique AVEC un entraîneur ou un instructeur, autre que dans le cours d'éducation physique à l'école (cours de natation, soccer, hockey, danse, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pratiqué un sport ou fait des activités physique SANS un entraîneur ou un instructeur (faire de la bicyclette, du rouli-roulant, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



9. Au cours d'une journée typique pendant la semaine, combien d'heures au total votre enfant passe-t-il à regarder la télévision, à utiliser l'ordinateur ou à jouer des jeux vidéo?

- 5 h ou plus 4 3 2 1 0

10. Combien d'heures par nuit votre enfant dort-il? (journées d'école)

- Moins de 8 8-10 11-12 13-14 Plus de 14

11. Quel est le poids actuel de votre enfant?

OU
s lbs. kg.

12. Quel est la taille actuelle de votre enfant?

OU
pieds pouces cm.

SECTION F: VOTRE QUARTIER/COMMUNAUTÉ

1. Avez-vous accès aux endroits suivants dans votre quartier? C'est-à-dire que vous pouvez vous y rendre à pied, en voiture (environ 15 minutes) ou en autobus	Oui	Non	Je l'ignore
Parc public ou terrain de sport	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bibliothèque	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Centre d'achats	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Centre communautaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
École	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Épicerie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Centre culturel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Établissements religieux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Piscine, pataugeuse, aire de jeux aquatiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Résidence de membre de la famille ou d'ami très proches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



2. Parlez-nous de votre quartier.	Vrai	Parfois vrai	Pas vrai
On peut marcher seul sans danger lorsqu'il fait nuit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les enfants peuvent jouer dehors sans danger pendant la journée.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il y a des parcs, des terrains de jeux, et des espaces de jeux qui sont sécuritaires pour les enfants	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S'il survient un problème, on se réunit et on trouve une solution.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il y a des adultes qui peuvent servir de modèles aux enfants.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les gens sont prêts à aider leurs voisins.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lorsque je m'absente chez moi, je sais que mes voisins sont vigilants pour détecter toute situation anormale.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je connais mes voisins.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mon quartier est ouvert et accueillant pour les enfants.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SECTION G: RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Pour nous aider à comprendre la situation des familles qui participent à cette étude, veuillez répondre aux quelques questions suivantes au sujet de vous-même, de votre famille et de votre foyer.

1. Quel est votre lien avec l'enfant?

Mère Père Autre (veuillez préciser) _____

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

Français Anglais Autre (veuillez préciser) _____

3. Quelle langue est-ce que VOTRE ENFANT parle le plus souvent à la maison?

Français Anglais Autre (veuillez préciser) _____

4. Depuis combien de temps vivez-vous au Canada?

Toujours Plus de 10 ans 6-10 ans 3-5 ans 1-2 ans Moins d'un an

5. Au cours des 5 dernières années, combien de fois est-ce que votre enfant a changé de logement?

Jamais 1 Foix 2 Foix 3 Foix 4 Foix 5+ Foix

6. Est-ce que vous-même ou l'autre parent de l'enfant peut-être désigné comme Autochtone, Métis, Inuit ou membre des Premières Nations?

Oui Non



7. Quel est votre niveau de scolarité le plus élevé? Choisir une seule réponse.

- Études secondaires non terminées Diplôme d'études secondaires Diplôme d'études collégiales ou certificat d'une école professionnelle Diplôme d'études universitaires de premier cycle Diplôme d'étude universitaires de deuxième ou troisième cycle

8. Au cours d'une semaine typique, pendant combien d'heures (incluant le temps supplémentaire) est-ce que vous ou votre conjoint(e) faites un travail rémunéré?

- a) **Vous-même** Moins de 25 h 25-49 h 50+ h Sans emploi
b) **Votre conjoint(e)** Moins de 25 h 25-49 h 50+ h Sans emploi Ne s'applique pas

9. Quel est votre statut en ce moment qui a trait au travail?

a) Vous-même	b) Votre conjoint(e)
<input type="radio"/> Travail rémunéré	<input type="radio"/> Travail rémunéré
<input type="radio"/> À la maison - Soins de la famille	<input type="radio"/> À la maison - Soins de la famille
<input type="radio"/> Étudiant	<input type="radio"/> Étudiant
<input type="radio"/> Convalescence - maladie/handicap	<input type="radio"/> Convalescence - maladie/handicap
<input type="radio"/> Sans travail et en recherche d'emploi	<input type="radio"/> Sans travail et en recherche d'emploi
<input type="radio"/> Retraité	<input type="radio"/> Retraité
<input type="radio"/> Autre (veuillez préciser) _____	<input type="radio"/> Ne s'applique pas
	<input type="radio"/> Autre (veuillez préciser) _____

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

- Monoparental 2 parents à la maison 2 parents-garde partagée Tutelle de l'aide à l'enfance Autre

11. Combien de frères et sœurs l'enfant (fréquentant le jardin) a-t-il?

- Aucun 1 2 3 4+

12. Si votre enfant (inscrit au jardin) a des frères et sœurs, où se situe-t-il dans la famille?

- Aîné Enfant de milieu Le plus jeune

13. Y a-t-il de la famille élargie (tante, oncle, grand-parent) qui vivent dans votre ménage (pour plus de 6 mois)? Oui Non

14. Quel est le revenu total brut de votre ménage (y compris les prestations de soutien)?

- Moins de \$17,000 De \$17,001 à \$30,000 De \$30,001 à \$50,000 De \$50,001 à \$75,000 De \$75,001 à \$100,000 Plus de \$100,000 Préfère ne pas répondre
-

VOTRE PARTICIPATION EST TRÈS APPRÉCIÉE! MERCI!

