

Votre opinion nous intéresse

Dans le cadre d'un projet sur l'utilisation des écrans des enfants de 3 ans à 10 ans, nous vous demandons de nous accorder quelques minutes de votre temps. Ce questionnaire nous permettra de réaliser un projet en se basant sur l'utilisation le temps d'utilisation des écrans.

Ce questionnaire est totalement anonyme et confidentiel. Vous trouverez à côté des questions les consignes pour les remplir. Il ne vous prendra que très peu de temps pour le remplir.

Ce questionnaire pourra nous être remis dans la boîte aux lettres à l'extérieur du centre social directement ou par mail à l'adresse suivante accueil-centre-social@guenange.com dans les plus brefs délais.

Merci pour le temps que vous nous accordez et pour la sincérité de vos réponses.

❖ Mieux vous connaître

1. Vous êtes ? (Une seule réponse)

- Le père La mère

2. Quelle tranche d'âge vous correspond ? (Une seule réponse)

- 18 / 25 ans 26 / 35 35 et plus

3. Remplissez le tableau suivant : (Ce tableau concerne vos enfant(s))

Sexe	Age	Niveau scolaire

4. Dans quel établissement scolaire vos enfants sont-ils ?

.....

❖ Le temps libre de vos enfants

5. De quelle(s) façon(s) vos enfants occupent-ils leurs temps après l'école ? (Plusieurs réponses possibles)

- à l'extérieur avec des amis devant un écran avec ses jouets

Autres

Veuillez préciser si vous avez choisi *autres*

6. Cocher le(s) caractéristique(s) qui correspond le mieux à vos enfants.

Calme	
Plein d'énergie	
Créatif	
Plein d'imagination	
Colérique	

7. Comment qualifieriez-vous ces résultats scolaires ? *(Une seule réponse possible)*



Très bon

Bien

Mauvais

Très mauvais

8. Comment qualifieriez-vous son sommeil ? *(Une seule réponse possible)*



Très bon

Bien

Mauvais

Très mauvais

9. Votre enfant passe-t-il du temps devant les écrans ? *(Une seule réponse possible)*

Oui

Non

10. Si oui, combien de temps par jour ? *(Une seule réponse possible)*

30 minutes

1 heure

2 heures

Plus de 2 heures

11. Quels types d'écrans utilisent-il ? *(Plusieurs réponses possibles)*

Télévisions

Téléphone

Tablette

Console

Autres

Veillez préciser si vous avez choisi *autres*

12. Vos enfants ont-ils du mal à arrêter l'utilisation d'écrans ? *(Une seule réponse possible)*

Oui

Non

13. D'après vous quels effets ont les écrans sur vos enfants. (Rédiger votre réponse)

.....

14. Souhaiteriez-vous un accompagnement de notre part sur cette problématique ? *(Une seule réponse)*

Oui

Non

15. Quelle attentes avez-vous sur cet accompagnement ? *(Rédiger votre réponse)*

.....

.....

.....

Avez-vous des remarques à nous faire part ?

.....

.....