



À remplir par l'enquêteur

Numéro d'enquêteur |_|_|_|_|

Région |_|_| Sous-échantillon |_|_|

NumFA |_|_|_|_| Clé |_| LE |_|

BS |_| NINDi |_|_|



Merci de déposer ce questionnaire
une fois rempli dans l'enveloppe préaffranchie
et de la poster dès que possible.

Enquête Handicap Santé Autoquestionnaire pour les enfants de 8 à 15 ans inclus.

Dans la mesure du possible ce questionnaire doit être
rempli par l'enfant seul, sans l'aide de l'entourage.

Veuillez remplir ce questionnaire
dès que possible après le départ
de l'enquêteur.

Toutes les informations communiquées
à l'Insee au cours de cette enquête sont
protégées par un strict anonymat
et une parfaite confidentialité.

Dans les pages suivantes merci de bien
vouloir remplir le questionnaire : en cochant
les cases d'une croix.





Bonjour,

Tes réponses à ce questionnaire nous sont nécessaires pour mieux comprendre ce qui, à ton avis, est important pour que tu te sentes heureux(se) et en bonne santé. Lis attentivement chaque question et coche la case qui correspond le plus à ce que tu penses.

🌀 À propos de ta santé, si tu penses à la semaine dernière...

	PAS DU TOUT	UN PEU	MODÉRÉMENT	BEAUCOUP	EXTRÊMEMENT
1 • t'es-tu senti(e) en pleine forme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 • t'es-tu senti(e) plein(e) d'énergie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 • t'es-tu senti(e) triste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 • t'es-tu senti(e) seul(e)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 • as-tu eu assez de temps pour toi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 • as-tu pu faire ce que tu voulais pendant ton temps libre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 • t'es-tu amusé(e) avec tes ami(e)s?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 • cela se passe-t-il bien à l'école?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 • as-tu été capable d'être attentif(ve)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

🌀 Est-ce que tu as rempli le questionnaire seul(e)?

Oui Non

Un grand merci pour avoir rempli ce questionnaire.