

NOM – Prénom : _____

Age : _____

Commune d'habitation : _____

**1- Avez-vous déjà participé à une activité proposée par la P.A.R.A.
Et si oui, en avez-vous été satisfait ? Merci de cocher**

- | | | | |
|--|---|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Café des aidants Villiers-Saint-Denis | <input type="checkbox"/> Très satisfait | <input type="checkbox"/> Satisfait | <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait |
| <input type="checkbox"/> Café des aidants Villers-Cotterêts | <input type="checkbox"/> Très satisfait | <input type="checkbox"/> Satisfait | <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait |
| <input type="checkbox"/> Café des aidants Fère en Tardenois | <input type="checkbox"/> Très satisfait | <input type="checkbox"/> Satisfait | <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait |
| <input type="checkbox"/> Santé des aidants : | <input type="checkbox"/> Très satisfait | <input type="checkbox"/> Satisfait | <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait |
| <input type="radio"/> Sommeil | <input type="checkbox"/> Très satisfait | <input type="checkbox"/> Satisfait | <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait |
| <input type="radio"/> Alimentation | <input type="checkbox"/> Très satisfait | <input type="checkbox"/> Satisfait | <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait |
| <input type="radio"/> Activité physique adaptée | <input type="checkbox"/> Très satisfait | <input type="checkbox"/> Satisfait | <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait |
| <input type="radio"/> Environnement | <input type="checkbox"/> Très satisfait | <input type="checkbox"/> Satisfait | <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait |
|
 | | | |
| <input type="checkbox"/> Gym Douce | <input type="checkbox"/> Très satisfait | <input type="checkbox"/> Satisfait | <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait |
| <input type="checkbox"/> Sophrologie | <input type="checkbox"/> Très satisfait | <input type="checkbox"/> Satisfait | <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait |
| <input type="checkbox"/> Créativité | <input type="checkbox"/> Très satisfait | <input type="checkbox"/> Satisfait | <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait |
| <input type="checkbox"/> Socio-Esthétique | <input type="checkbox"/> Très satisfait | <input type="checkbox"/> Satisfait | <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait |
| <input type="checkbox"/> Tai-Chi | <input type="checkbox"/> Très satisfait | <input type="checkbox"/> Satisfait | <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait |
| <input type="checkbox"/> Marche volontaire : | <input type="checkbox"/> Très satisfait | <input type="checkbox"/> Satisfait | <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait |
| <input type="radio"/> Château Thierry | | | |
| <input type="radio"/> Villers Cotterêts | | | |
|
 | | | |
| <input type="checkbox"/> Atelier numérique | <input type="checkbox"/> Très satisfait | <input type="checkbox"/> Satisfait | <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait |
| <input type="checkbox"/> Atelier photo | <input type="checkbox"/> Très satisfait | <input type="checkbox"/> Satisfait | <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait |
| <input type="checkbox"/> Atelier binôme | | | |
| <input type="radio"/> Créativité / Sophrologie | <input type="checkbox"/> Très satisfait | <input type="checkbox"/> Satisfait | <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait |
| <input type="radio"/> Gym douce / Sophrologie | <input type="checkbox"/> Très satisfait | <input type="checkbox"/> Satisfait | <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait |
| <input type="radio"/> Créativité / Socio-esthétique | <input type="checkbox"/> Très satisfait | <input type="checkbox"/> Satisfait | <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait |
| <input type="radio"/> Créativité / Numérique | | | |

Je n'ai jamais participé

Remarques :

Suggestion de thématique pour le café des aidants :

**Si vous n'avez jamais participé à ces activités, pourquoi :
(Plusieurs réponses possibles)**

Vous n'avez pas de moyen de transport :

↳ Dans ce cas, souhaiteriez-vous bénéficier d'un transport organisé :

Oui Non

Vous êtes trop éloigné géographiquement (temps de trajet trop long) :

↳ Dans ce cas, souhaiteriez-vous bénéficier d'activité(s) à proximité de votre lieu de vie :

Oui Non

Vous n'avez personne pour vous occuper de votre proche malade :

↳ Dans ce cas, souhaiteriez-vous :

- L'organisation d'un temps de garde de votre proche malade à domicile :

Oui Non

- Venir avec votre proche-malade à la P.A.R.A. lors des activités :

Oui Non

J'ai voulu m'inscrire, mais il n'y avait plus de place.

Les activités proposées ne vous conviennent pas :

↳ Dans ce cas, quelle(s) serai(en)t l'(es) activité(s) qui pourraient vous intéresser :

Atelier nutrition

Atelier aidant / aidé

Massage crânien

Sono-thérapie (Relaxation sonore / Bols chantants)

Temps d'information (Parenthèse de l'info) sur des thématiques spécifiques :

- Maladie (Alzheimer, Parkinson)

- Mesure de protection juridique

- Emploi CESU

- Autres

Séjour aidant / aidé ou aidant seul

Autre(s) (précisez) : _____

Vous n'avez pas le temps parce que vous exercez une activité professionnelle.

Vous n'avez pas le temps parce que les jours ne vous conviennent pas :

↳ Dans ce cas, quel(s) serai(en)t le(s) jour(s) souhaité(s) :

Lundi

Mardi

Mercredi

Jeudi

Vendredi

Samedi

Vous n'avez pas le temps parce que les horaires ne vous conviennent pas

↳ Dans ce cas, quel(s) serai(en)t le(s) horaire(s) souhaité(s) :

Plutôt le matin

Plutôt l'après-midi

Plutôt le soir

2 - À quelle fréquence souhaiteriez-vous participer aux activités ?

Café des aidants	<input type="checkbox"/> 1 x /semaine	<input type="checkbox"/> 2 x / mois	<input type="checkbox"/> 1 x / mois	<input type="checkbox"/> Occasionnellement
Santé des aidants	<input type="checkbox"/> 1 x /semaine	<input type="checkbox"/> 2 x / mois	<input type="checkbox"/> 1 x / mois	<input type="checkbox"/> Occasionnellement
Parenthèse de l'info	<input type="checkbox"/> 1 x /semaine	<input type="checkbox"/> 2 x / mois	<input type="checkbox"/> 1 x / mois	<input type="checkbox"/> Occasionnellement
Tai Chi	<input type="checkbox"/> 1 x /semaine	<input type="checkbox"/> 2 x / mois	<input type="checkbox"/> 1 x / mois	<input type="checkbox"/> Occasionnellement
Gym douce	<input type="checkbox"/> 1 x /semaine	<input type="checkbox"/> 2 x / mois	<input type="checkbox"/> 1 x / mois	<input type="checkbox"/> Occasionnellement
Sophrologie	<input type="checkbox"/> 1 x /semaine	<input type="checkbox"/> 2 x / mois	<input type="checkbox"/> 1 x / mois	<input type="checkbox"/> Occasionnellement
Créativité	<input type="checkbox"/> 1 x /semaine	<input type="checkbox"/> 2 x / mois	<input type="checkbox"/> 1 x / mois	<input type="checkbox"/> Occasionnellement
Socio-Esthétique	<input type="checkbox"/> 1 x /semaine	<input type="checkbox"/> 2 x / mois	<input type="checkbox"/> 1 x / mois	<input type="checkbox"/> Occasionnellement
Atelier photo	<input type="checkbox"/> 1 x /semaine	<input type="checkbox"/> 2 x / mois	<input type="checkbox"/> 1 x / mois	<input type="checkbox"/> Occasionnellement
Activités en binôme	<input type="checkbox"/> 1 x /semaine	<input type="checkbox"/> 2 x / mois	<input type="checkbox"/> 1 x / mois	<input type="checkbox"/> Occasionnellement
Marche Château-Thierry	<input type="checkbox"/> 1 x /semaine	<input type="checkbox"/> 2 x / mois	<input type="checkbox"/> 1 x / mois	<input type="checkbox"/> Occasionnellement
Marche Villers-Cotterêts	<input type="checkbox"/> 1 x /semaine	<input type="checkbox"/> 2 x / mois	<input type="checkbox"/> 1 x / mois	<input type="checkbox"/> Occasionnellement
Atelier numérique	<input type="checkbox"/> 1 x /semaine	<input type="checkbox"/> 2 x / mois	<input type="checkbox"/> 1 x / mois	<input type="checkbox"/> Occasionnellement
Autre fréquence (précisez)	<hr/> <hr/>			

3 - Dans le cadre des parenthèses de l'info, quelles thématiques souhaiteriez-vous voir abordées (cocher la(es) case(s) correspondante(s)) :

- Nutrition
- Sommeil
- Aménager son domicile
- L'offre de répit sur le territoire
- Maladie d'Alzheimer : comprendre et accompagner
- Maladie de Parkinson : comprendre et accompagner
- Sclérose en plaque : comprendre et accompagner
- Autres (précisez...) :

4- Répit à domicile (suppléance à domicile) : un professionnel de la P.A.R.A. accompagne votre proche aidé pour vous offrir du temps de répit :

- Pensez-vous faire appel à ce dispositif** Oui Non
- Si oui, à quelle fréquence : Régulièrement
 Occasionnellement
- Si oui, sur quelle durée : Pendant quelques heures
 Par demi-journée
 Par journée complète
- Pensez-vous plutôt avoir besoin :** Hébergement temporaire (EHPAD)
 Séjour vacances répit
 Hospitalisation de répit

5 - Remarques et suggestions

Merci pour votre participation