



KIDSCREEN-10 Index

QUALITE DE VIE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS

Version Parents

Date: _____
Mois Année

Bonjour !

Vos réponses à ce questionnaire nous permettrons de mieux connaître ce dont les enfants et les adolescents ont besoin pour se sentir heureux et en bonne santé.

Si vous avez plusieurs enfants, nous vous demandons dans tout le questionnaire de répondre à propos de l'enfant qui remplit le questionnaire-enfant. Lisez attentivement chaque question et cochez la case qui correspond le mieux à ce que vous pensez.

Quand vous répondez, essayez de penser à la semaine passée.

A propos de la santé de votre enfant

Si vous pensez à la semaine passée...

1.	Votre enfant s'est-il senti en pleine forme ?	pas du tout	un peu	modérément	beaucoup	extrêmement
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Votre enfant s'est-il senti plein d'énergie ?	jamais	parfois	souvent	très souvent	toujours
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Votre enfant s'est-il senti triste ?	jamais	parfois	souvent	très souvent	toujours
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Votre enfant s'est-il senti seul ?	jamais	parfois	souvent	très souvent	toujours
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Votre enfant a-t-il eu assez de temps pour lui ?	jamais	parfois	souvent	très souvent	toujours
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Votre enfant a-t-il pu faire les choses qu'il voulait pendant son temps libre ?	jamais	parfois	souvent	très souvent	toujours
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Votre enfant a-t-il eu l'impression que ses parents étaient justes envers lui ?	jamais	parfois	souvent	très souvent	toujours
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Votre enfant s'est-il amusé avec ses ami(e)s ?	jamais	parfois	souvent	très souvent	toujours
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Cela s'est-il bien passé à l'école pour votre enfant ?	pas du tout	un peu	modérément	beaucoup	extrêmement
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Votre enfant a-t-il été capable d'être attentif ?	jamais	parfois	souvent	très souvent	toujours
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

En général, diriez-vous que votre enfant trouve sa santé :

- ☐ Excellente
- ☐ Très bonne
- ☐ Bonne
- ☐ Moyenne
- ☐ Mauvaise