

ENQUETE HABITUDES ALIMENTAIRES, MODE DE VIE ET PREVALENCE DE L'OBESITE EN CE2

Questionnaire à remplir par l'infirmier(e) de l'éducation nationale

DONNEES GENERALES

Nom de l'infirmier(e) : _____ Nom de l'école : _____

 Date de naissance de l'enfant : ___ / ___ / ___ Date de la visite : ___ / ___ / ___
 N° de l'enfant : _____
 Garçon Fille Poids de naissance : _____ g

MESURES ANTHROPOMETRIQUES

TAILLE ___ __ __, ___ cm POIDS ___ __ __, ___ kg
 REBOND PRECOCE de l'IMC non oui Âge du rebond : ___ ans

*L'enfant sera légèrement vêtu et sans chaussures, pieds nus ou en fines chaussettes.
 L'enfant est mesuré debout, poids réparti également sur les deux pieds, talons joints, tête placée de sorte que la ligne de vision soit perpendiculaire au corps. La tête, le dos, les fesses et les talons sont en contact avec la planche verticale de la toise. La partie mobile de la toise est amenée en contact avec le point le plus haut de la tête, en l'appuyant pour comprimer la chevelure. Ne pas tirer la tête du sujet vers le haut. L'enfant est pesé avec une balance d'une précision d'au moins 0,5 kg. L'enfant est immobile au centre du plateau, le poids du corps réparti également sur les deux pieds.*

PROFESSION DES PARENTS

Père : _____ Mère : _____

RENSEIGNER SI POSSIBLE LA CATEGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE DES PARENTS (CSP)

Père : Catégorie I Catégorie II Catégorie III Catégorie IV
 Mère : Catégorie I Catégorie II Catégorie III Catégorie IV

Renseigner la catégorie socioprofessionnelle (PCS) à l'aide de la profession indiquée par les parents:

► **Catégorie I : CSP favorisée** : chefs d'entreprise, professions libérales, cadres de la fonction publique, professeurs et assimilés, professions des secteurs de l'information, des arts et du spectacle, cadres administratifs et commerciaux d'entreprise, ingénieurs, cadres techniques d'entreprise, instituteurs et assimilés

► **Catégorie II : CSP plutôt favorisée** : Professions intermédiaires de la santé et du secteur social, clergé et religieux, professions intermédiaires (administratifs fonction publique, administratifs et commerciaux d'entreprise), techniciens, contremaîtres, agents de maîtrise, cadres retraités des professions intermédiaires.

► **Catégorie III : CSP moyenne** : agriculteurs-exploitants, artisans, commerçants et assimilés, employés civils, agent de service de la fonction publique, policiers et militaires, employés administratifs d'entreprise, employés de commerce, personnel des services directs aux particuliers, retraités agriculteurs exploitants, retraités artisans, commerçants et chefs d'entreprise.

► **Catégorie IV : CSP défavorisée** : ouvriers qualifiés et non qualifiés, ouvriers agricoles, employés et ouvriers retraités, chômeurs n'ayant jamais travaillé, personne sans activité professionnelle

HABITUDES ALIMENTAIRES

1 ► Aujourd'hui as tu pris un petit déjeuner ? Oui Non

→ Si « oui » il est habituellement composé de :

Biscuits, gâteaux, viennoiseries <input type="checkbox"/>	Lait nature <input type="checkbox"/>
Pain, biscottes <input type="checkbox"/>	Lait au chocolat <input type="checkbox"/>
Céréales pour petit déjeuner <input type="checkbox"/>	Jus de fruit <input type="checkbox"/>
Fruits, compotes <input type="checkbox"/>	Yaourt à boire <input type="checkbox"/>
Yaourt, fromage ou fromage blanc <input type="checkbox"/>	Boissons sucrées (sodas, sirops...) <input type="checkbox"/>
Bonbons, sucreries barres chocolatées <input type="checkbox"/>	Autre : <input type="checkbox"/>

2 ► Aujourd'hui, as tu un en-cas prévu dans le cartable ? Oui Non

→ Si « oui », il est prévu et consommé pour :

la récré du matin la récré de l'après-midi le goûter de 16h 30 quand je veux, quand j'ai faim
 autre

→ Si « oui », il est habituellement composé de :

Biscuits, gâteaux, viennoiseries <input type="checkbox"/>	Lait nature <input type="checkbox"/>
Pain, biscottes <input type="checkbox"/>	Lait au chocolat <input type="checkbox"/>
Céréales pour petit déjeuner <input type="checkbox"/>	Jus de fruit <input type="checkbox"/>
Fruits, compotes <input type="checkbox"/>	Yaourt à boire <input type="checkbox"/>
Yaourt, fromage ou fromage blanc <input type="checkbox"/>	Boissons sucrées (sodas, sirops...) <input type="checkbox"/>
Bonbons, sucreries barres chocolatées <input type="checkbox"/>	Autre : <input type="checkbox"/>

3 ► Habituellement, prends-tu un goûter après la classe (16h30 –17h) ? Oui Non

→ Si « Oui » il est habituellement composé de :

Biscuits, gâteaux, viennoiseries <input type="checkbox"/>	Lait nature <input type="checkbox"/>
Pain, biscottes <input type="checkbox"/>	Lait au chocolat <input type="checkbox"/>
Céréales pour petit déjeuner <input type="checkbox"/>	Jus de fruit <input type="checkbox"/>
Fruits, compotes <input type="checkbox"/>	Yaourt à boire <input type="checkbox"/>
Yaourt, fromage ou fromage blanc <input type="checkbox"/>	Boissons sucrées (sodas, sirops...) <input type="checkbox"/>
Bonbons, sucreries barres chocolatées <input type="checkbox"/>	Autre : <input type="checkbox"/>

4 ► Remanges-tu entre le goûter de 16h30 et le repas du soir ? Oui Non

→ Si « Oui » pourquoi ?

→ Si « Oui » que manges-tu habituellement

Biscuits, gâteaux, viennoiseries <input type="checkbox"/>	Lait nature <input type="checkbox"/>
Pain, biscottes <input type="checkbox"/>	Lait au chocolat <input type="checkbox"/>
Céréales pour petit déjeuner <input type="checkbox"/>	Jus de fruit <input type="checkbox"/>
Fruits, compotes <input type="checkbox"/>	Yaourt à boire <input type="checkbox"/>
Yaourt, fromage ou fromage blanc <input type="checkbox"/>	Boissons sucrées (sodas, sirops...) <input type="checkbox"/>
Bonbons, sucreries barres chocolatées <input type="checkbox"/>	Autre : <input type="checkbox"/>

5 ► Consommes-tu des boissons sucrées ? (Sodas, sirops, boissons aromatisées au fruit)

Tous les jours Plus de 2 fois/semaine 1 ou 2 fois/semaine

Commentaire :

SEDENTARITE & ACTIVITE PHYSIQUE

6 ► Vas-tu au centre de loisirs le mercredi ? (centre aéré, maison de quartier ...)

Tous les mercredis

Pas tous les mercredis

Jamais

Commentaire :

7 ► Es-tu inscrit dans un club sportif ?

Oui

Non

→ Si « Oui », quel sport(s) pratiques-tu ?

→ Si « Oui », combien de temps par semaine ? ___h ___ min

9 ► Combien de temps passes-tu devant un écran : jeux vidéo, télévision, ordinateur ?

Les jours de classe : ___ h ___ min

Les jours sans classe (mercredi, weekend, vacances...) : ___ h ___ min