



## Bilan des Parents après 5 jours sans écran

1. Cette expérience vous a-t-elle parue ?  facile  difficile  très difficile

2. Avez-vous trouvé le projet trop long ?  oui  un peu  non

3. Votre enfant a-t-il facilement trouvé d'autres occupations ?  oui  non

4. Votre enfant s'est-il ennuyé sans écran ?  oui  un peu  non

5. Votre enfant vous a-t-il paru plus calme sans écran ?  oui  un peu  non

6. Avez-vous remarqué un meilleur sommeil chez votre enfant en supprimant les écrans ?  
 oui  un peu  non

7. Les devoirs ont-ils été plus faciles à faire et les leçons à retenir ?  oui  un peu  non

8. Avez-vous pu passer davantage de temps en famille ?  oui  un peu  non

9. Quelles sont les activités qui ont permis de remplacer ces temps sur les écrans ?

discussions  sorties  jeux de société ou autre  sport

lecture  petits travaux  activités de loisirs

Autre (merci de préciser) : \_\_\_\_\_

10. Cette expérience vous a-t-elle parue positive ?  oui  non

Pourquoi ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. Cette expérience vous incite-t-elle à modifier quelques habitudes dans votre foyer dans le futur ?  oui  un peu  non

Remarques supplémentaires : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Merci infiniment pour votre collaboration et votre accompagnement !



## Bilan des enfants après 5 jours sans écran

1. Cette expérience t'a-t-elle semblée?  facile  difficile  très difficile
2. As-tu trouvé les 5 jours trop longs ?  oui  un peu  non
3. As-tu trouvé facilement d'autres occupations sans l'aide de tes parents?  
 oui Lesquelles ? \_\_\_\_\_  
 non
4. T'es-tu ennuyé sans écran ?  oui  un peu  non
5. T'es-tu senti plus calme?  oui  un peu  non
6. As-tu eu l'impression de mieux dormir la nuit sans regarder les écrans, surtout le soir?  oui  
 un peu  non
7. Tes devoirs ont-ils été plus faciles à faire et tes leçons à retenir ?  
 oui  un peu  non
8. As-tu pu passer plus de temps en famille ?  oui  un peu  non
9. Quelles sont les activités qui t'ont permis de remplacer ces temps sur les écrans ?  
 discussions  sorties  jeux de société ou autre  sport  
 lecture  petits travaux  activités de loisirs  
 Autre (merci de préciser) \_\_\_\_\_
10. As-tu aimé faire cette expérience?  oui  non  
Pourquoi ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
11. As-tu envie de réduire ton temps devant les écrans dans le futur ?  oui  un peu  non
12. As-tu envie de parler de ton expérience à tes camarades?  oui  non  
Pourquoi ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Merci beaucoup pour ta collaboration et ton courage! BRAVO !