

# INTERVENTION MOTRICITÉ ET ENVIRONNEMENT SAIN

Nom Prénom : .....

Lieu d'exercice : ..... Tel : .....

Quelle est votre tranche d'âge :  18/30 ans  31/45 ans  46/55 ans  56 ans et plus

## MOTRICITÉ

OUI NON

- Avez-vous déjà eu des formations sur le développement moteur de l'enfant ?  OUI  NON
- Pensez-vous que l'environnement de la crèche est adapté au développement de l'enfant ?  OUI  NON
- Consacrez-vous un temps journalier pour l'expérimentation motrice des enfants ?  OUI  NON
- Avez-vous déjà rencontré un trouble de la motricité qui vous a alerté chez un enfant ?  OUI  NON
- Qu'attendez-vous de la formation sur la motricité ?

## ENVIRONNEMENT SAIN POUR L'ENFANT

OUI NON

- Avez-vous déjà suivi une formation sur la santé environnementale ?  OUI  NON
- Êtes-vous informé de la qualité des produits nettoyeurs et des cosmétiques que vous utilisez au quotidien dans votre structure ?  OUI  NON
- Ressentez-vous une éco-anxiété ?  OUI  NON
- Avez-vous déjà entendu parler de la période des 1 000 jours ?  OUI  NON
- Qu'attendez-vous de la formation sur l'environnement sain pour l'enfant ?