

## QUESTIONNAIRE DE PARTICIPATION

### COORDONNEES (FACULTATIF)

NOM :

Prénom :

❖ **Questionnaire rempli par :**

Un parent

L'enfant lui-même

Autre

❖ **Age de l'enfant consultant :**

Moins de 6 ans

De 6 à 12 ans

Plus de 12 ans

❖ **Vous avez connu le C.M.P.P. par**

Amis, relations

Milieu scolaire

Médecin

Assistante sociale

Service éducatif

Autre

Service social

Autre (préciser) : .....

❖ **Connaissez-vous le mode de financement de votre prise en charge ?**

oui

non

❖ **Auriez-vous aimé être mieux informé sur l'existence du C.M.P.P. ?**

oui

non

Si oui, comment ? .....

❖ **L'enfant vient**

De l'école

Du domicile

❖ **Il vient**

Seul

Accompagné par parents

Taxi (VSL)

Autre (préciser) : .....

❖ **Quel jour de la semaine, et à quel moment de la journée l'enfant vient-il au C.M.P.P. ?**

Jour : .....

Matin

Après-midi

Soir

Commentaires : .....



❖ *Vous considérez l'accueil téléphonique en accord avec vos attentes :*

oui  non

❖ *Vous considérez l'accueil administratif en accord avec vos attentes :*

oui  non

❖ *Vous considérez l'accueil des intervenants avec les enfants en accord avec vos attentes :*

oui  non

Commentaires - suggestions :

.....  
.....  
.....

❖ *Que pensez-vous de l'aménagement de la salle d'attente ?*

.....  
.....  
.....

❖ *Quel est votre avis sur les locaux (accès, aménagement, sécurité, hygiène ...) ?*

.....  
.....  
.....

❖ *Avez-vous le sentiment que le C.M.P.P. a répondu à ce que vous pouviez souhaiter (délais d'attente, informations et échanges, prise en charge ...) ?*

.....  
.....  
.....

**Questionnaire à déposer à l'accueil ou à retourner par courrier.**

**Nous vous remercions du concours que vous nous apportez en acceptant de répondre à ces questions.**

**C.M.P.P.  
86, avenue de Verdun  
83700 SAINT-RAPHAËL**