

## QUESTIONNAIRE DE PERCEPTION DE LA SANTE

**1. DE MANIERE GENERALE, COMMENT ESTIMES-TU TA CONDITION PHYSIQUE ACTUELLE ?**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Très mauvaise Excellente

**2. TE TROUVES-TU PLUTOT MINCE OU PLUTOT ROND ?**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Trop mince Trop de poids

**3. PENSES-TU AVOIR UNE ALIMENTATION EQUILIBREE ?**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Pas du tout Très équilibrée

**4. DORS-TU BIEN LA NUIT ET TE SENS-TU REPOSE ?**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Je dors très mal Je dors très bien

**5. TE SENS-TU STRESSE CES TEMPS-CI ?**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Très stressé Très détendu

**6. COMMENT PERCOIS-TU TON NIVEAU GENERAL DE SANTE ACTUELLEMENT ?**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Très mauvais Très bon