

Memory Cafés NS -Vos Commentaires

Âge: _____

Genre: Masculin Féminin

1. Qu'est-ce qui vous plaît le plus dans le Memory Café?

2. Avez-vous revu des personnes que vous étiez heureux/se de retrouver au Café?

Oui Non Je ne suis pas sûr/e

3. Avant de venir au Memory Café vous sentiez-vous bien entouré/e socialement?

Pas trop Un peu Bien entouré/e Très bien entouré/e

4. Après être venu/e au Memory Café vous vous sentiez-vous mieux entouré/e socialement?

Pas trop Un peu Oui Beaucoup mieux

5. Est-ce que le fait de venir au Memory Café vous a apporté une meilleure impression de bien-être?

Pas du tout Un peu Oui Oui, beaucoup!

6. Quelles activités aimeriez-vous pratiquer davantage dans un Memory Café?

7. Quelles activités préféreriez-vous pratiquer moins?

8. Avez-vous rencontré des obstacles ou des difficultés lors de votre participation au Memory Café?

9. Si vous êtes accompagnateur ou proche aidant, est-ce que le Memory Café vous a aidé/e à rencontrer d'autres accompagnateurs/proches aidants?
 Pas du tout *Un peu* *Oui* *Beaucoup*

10. Est-ce qu'il y a autre chose que vous aimeriez nous raconter au sujet de votre expérience au Memory Café?

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION!!