**Dites-nous ce que vous avez pensé du programme Y’a Personne de Parfait**

Vos idées nous aideront à améliorer ce programme ☺

1. Quel était votre principale raison pour participer à Y’APP ? …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. En quoi Y’APP vous a aidé (outils… apprentissages…) ? …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
3. À quel point aviez-vous confiance en vous en tant que parent **avant** Y’APP ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1. À quel point avez-vous confiance en vous en tant que parent **maintenant** que Y’APP se termine ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Maintenant, je me sens davantage …………………………………………………………………………………...

1. Avez-vous ressenti de la solitude avant la session Y’APP ?

 □ chaque jour □ une fois par semaine □ une fois par mois □ jamais

1. Après avoir participé au groupe, est-ce que vous vous sentez plus entouré.e ?

□ Beaucoup plus entouré.e □ Un peu plus entouré.e □ Pas plus entouré.e

Ajoutez quelques mots, si vous le souhaitez :

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

1. Avez-vous découvert de nouveaux espaces ou structures pouvant vous aider en cas de besoin ? Lesquels ?

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

1. Comment pouvons-nous améliorer le programme Y’a Personne de Parfait ? ...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................
2. Que diriez-vous à vos amis sur le programme Y'APP ?

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

***Nous vous remercions d’avoir répondu à ce formulaire !***