

SÉANCE 1 – Pour partir du bon pied...

Initiales de l'animateur
et du co-animateur: _____

Date: ___/___/___

Durée de la séance : ___h ___ min

CONSIGNES POUR REMPLIR LA GRILLE

Pour chacune des activités, veuillez cocher OUI ou NON pour indiquer si l'activité a été réalisée.

Si l'activité a été réalisée : veuillez noter tout ajout, retrait ou modification par rapport aux consignes du guide dans la case « **Notes** », le cas échéant.

Si une activité n'a pas été réalisée : indiquez la raison dans la case « **Notes** ».

Activités	Réalisée	Notes
1. Mot d'introduction		
1.1 Accueil des participants	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
1.2 Présentation de l'animateur, du co-animateur et des participants	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
1.3 Présentation du cahier des participants	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
1.4 Explication du fonctionnement du groupe	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
2. Présentation du programme Équilibre Atout Âge		
2.1 et 2.2 Présentation du but et de l'origine du programme	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
2.3 Présentation du calendrier des séances	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
2.4 Présentation des objectifs de la séance	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
3. Les chutes		
3.1 Chuter c'est quoi ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
3.2 Chuter, c'est qui et comment ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
3.3 Question pour un champion	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
3.4 Faire le point sur la confiance et les comportements quant aux chutes	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Pause-santé avec collation	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

SÉANCE 1 – Pour partir du bon pied...

Initiales de l'animateur
et du co-animateur: _____

CONSIGNES POUR REMPLIR LA GRILLE

Pour chacune des activités, veuillez cocher OUI ou NON pour indiquer si l'activité a été réalisée.

Si l'activité a été réalisée : veuillez noter tout ajout, retrait ou modification par rapport aux consignes du guide dans la case « **Notes** », le cas échéant.

Si une activité n'a pas été réalisée : indiquez la raison dans la case « **Notes** ».

Activités	Réalisée	Notes
4. Test d'activité physique		
4. Questionnaire et évaluation	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
5. Réflexion sur des objectifs personnels		
5. Réflexion personnelle des objectifs à atteindre	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
6. Travail à la maison		
6. Explication du travail à faire à la maison	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
7. Mot de la fin		
7.1 et 7.2 Messages importants de la séance et aperçu de la prochaine séance	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

MATÉRIEL		Notes
L'ensemble des documents a été remis aux participants ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si non, pourquoi?
GÉNÉRAL		Notes
Y a-t-il eu d'autres ajouts, retraites ou modifications par rapport aux consignes du guide?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si oui, lesquels et pourquoi ?
Quel était le niveau de participation du groupe?	<input type="checkbox"/> Excellent <input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Faible	Expliquez :
Avez-vous rencontré des difficultés lors de la séance ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si oui, lesquelles ?
Avez-vous des témoignages ou anecdotes à partager ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si oui, inscrivez-les ici.

SÉANCE 1 – Pour partir du bon pied...

Initiales de l'animateur
et du co-animateur: _____

Autres remarques :

SÉANCE 2 – Peur de chuter, et alors !

Initiales de l'animateur
et du co-animateur: _____

Date: ___/___/___

Durée de la séance : ___h ___min

CONSIGNES POUR REMPLIR LA GRILLE

Pour chacune des activités, veuillez cocher OUI ou NON pour indiquer si l'activité a été réalisée.

Si l'activité a été réalisée : veuillez noter tout ajout, retrait ou modification par rapport aux consignes du guide dans la case « **Notes** », le cas échéant.

Si une activité n'a pas été réalisée : indiquez la raison dans la case « **Notes** ».

Activités	Réalisée	Notes
1. Mot d'introduction		
1.1 Accueil des participants	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
1.2 Présentation des objectifs de la séance	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
1.3 Révision de la séance précédente	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
2. La peur de tomber		
2. Définition, évaluation et prise de conscience	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
3. Les causes des chutes		
3.1 Réflexion	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
3.2 Méli-mélo	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Pause-santé avec collation	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
4. Activité physique		
4.1 Définition de l'activité physique	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
4.2 C'est quoi être sédentaire ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
4.3 Exercices à connaître	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
5. Travail à la maison		
5. Élémentaire ma chère Pat !	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

SÉANCE 2 – Peur de chuter, et alors !

Initiales de l'animateur
et du co-animateur: _____

CONSIGNES POUR REMPLIR LA GRILLE

Pour chacune des activités, veuillez cocher OUI ou NON pour indiquer si l'activité a été réalisée.

Si l'activité a été réalisée : veuillez noter tout ajout, retrait ou modification par rapport aux consignes du guide dans la case « **Notes** », le cas échéant.

Si une activité n'a pas été réalisée : indiquez la raison dans la case « **Notes** ».

Activités	Réalisée	Notes
6. Mot de la fin		
5.1 et 5.2 Messages importants de la séance et aperçu de la prochaine séance	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

MATÉRIEL		Notes
L'ensemble des documents a été remis aux participants ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si non, pourquoi?

GÉNÉRAL		Notes
Y a-t-il eu d'autres ajouts, retraits ou modifications par rapport aux consignes du guide?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si oui, lesquels et pourquoi ?
Quel était le niveau de participation du groupe?	<input type="checkbox"/> Excellent <input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Faible	Expliquez :
Avez-vous rencontré des difficultés lors de la séance ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si oui, lesquelles ?
Avez-vous des témoignages ou anecdotes à partager ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si oui, inscrivez-les ici.

SÉANCE 2 – Peur de chuter, et alors !

Initiales de l'animateur
et du co-animateur: _____

Autres remarques :

SÉANCE 3 – La peur de chuter ?

Une histoire de point de vue

Initiales de l'animateur
et du co-animateur: _____

Date: ___/___/___

Durée de la séance : ___h ___ min

CONSIGNES POUR REMPLIR LA GRILLE	
Pour chacune des activités, veuillez cocher OUI ou NON pour indiquer si l'activité a été réalisée.	Si l'activité a été réalisée : veuillez noter tout <u>ajout</u> , <u>retrait</u> ou <u>modification</u> par rapport aux consignes du guide dans la case « Notes », le cas échéant. Si une activité n'a pas été réalisée : indiquez la raison dans la case « Notes ».

Activités	Réalisée?	Justifications, notes, commentaires
1. Mot d'introduction		
1.1 Accueil des participants	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
1.2 Présentation des objectifs de la séance	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
1.3 Révision de la séance précédente	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
2. Le cercle vicieux de la peur de tomber		
2.1 Définition	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
2.2 Peur de tomber et analogie des feux	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
2.3 Travail de réflexion	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Pause-santé avec collation	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
3. Recommandations en matière d'activité physique		
3.1 Les bienfaits de l'activité physique	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
4. A vous de jouer		
4.1 Révision des exercices de la séance précédente	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
4.2 Deux derniers exercices pour travailler l'équilibre	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
5. Travail à la maison		
5.1 et 5.2 Élémentaire ma chère Pat, plan d'action personnel	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

SÉANCE 3 – La peur de chuter ? Une histoire de point de vue

Initiales de l'animateur
et du co-animateur: _____

CONSIGNES POUR REMPLIR LA GRILLE

Pour chacune des activités, veuillez cocher OUI ou NON pour indiquer si l'activité a été réalisée.

Si l'activité a été réalisée : veuillez noter tout ajout, retrait ou modification par rapport aux consignes du guide dans la case « **Notes** », le cas échéant.

Si une activité n'a pas été réalisée : indiquez la raison dans la case « **Notes** ».

Activités	Réalisée?	Justifications, notes, commentaires
6. Mot de la fin		
6.1. et 6.2 Messages importants de la séance et aperçu de la prochaine séance	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

MATÉRIEL		Notes
L'ensemble des documents a été remis aux participants ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si non, pourquoi?

GÉNÉRAL		Notes
Y a-t-il eu d'autres ajouts, retraits ou modifications par rapport aux consignes du guide?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si oui, lesquels et pourquoi ?
Quel était le niveau de participation du groupe?	<input type="checkbox"/> Excellent <input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Faible	Expliquez :
Avez-vous rencontré des difficultés lors de la séance ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si oui, lesquelles ?
Avez-vous des témoignages ou anecdotes à partager ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si oui, inscrivez-les ici.

**SÉANCE 3 – La peur de chuter ?
Une histoire de point de vue**

Initiales de l'animateur
et du co-animateur: _____

Autres remarques :

SÉANCE 4 – Si j'avais su, je n'aurais pas chu...

Initiales de l'animateur
et du co-animateur: _____

Date: ___/___/___

Durée de la séance : ___h ___ min

CONSIGNES POUR REMPLIR LA GRILLE	
<p>Pour chacune des activités, veuillez cocher OUI ou NON pour indiquer si l'activité a été réalisée.</p>	<p>Si l'activité a été réalisée : veuillez noter tout <u>ajout</u>, <u>retrait</u> ou <u>modification</u> par rapport aux consignes du guide dans la case « Notes », le cas échéant.</p> <p>Si une activité n'a pas été réalisée : indiquez la raison dans la case « Notes ».</p>

Activités	Réalisée?	Justifications, notes, commentaires
1. Mot d'introduction		
1.1 Accueil des participants	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
1.2 Présentation des objectifs de la séance	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
1.3 Révision de la séance précédente	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
2. Les comportements à risque de chute		
2. Point sur l'évaluation de la séance 1	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
3. Facteurs de protection		
3. Liés à la condition physique et à la santé	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Pause-santé avec collation	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
4. Conseils pratiques pour favoriser un mode de vie actif		
4. Des barrières à lever	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
5. Bougeons bien ensemble		
5.1 Point sur les exercices d'équilibre de la séance 3	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
5.2 Capacités motrices	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
5. Mot de la fin		
5.1 et 5.2. Messages importants de la séance et aperçu de la prochaine séance	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

SÉANCE 4 – Si j’avais su, je n’aurais pas chu...

Initiales de l’animateur
et du co-animateur: _____

MATÉRIEL		Notes
L’ensemble des documents a été remis aux participants ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si non, pourquoi?

GÉNÉRAL		Notes
Y a-t-il eu d’autres ajouts, retraits ou modifications par rapport aux consignes du guide?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si oui, lesquels et pourquoi ?
Quel était le niveau de participation du groupe?	<input type="checkbox"/> Excellent <input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Faible	Expliquez :
Avez-vous rencontré des difficultés lors de la séance ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si oui, lesquelles ?
Avez-vous des témoignages ou anecdotes à partager ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si oui, inscrivez-les ici.

SÉANCE 4 – Si j'avais su, je n'aurais pas chu...

Initiales de l'animateur
et du co-animateur: _____

Autres remarques :

SÉANCE 5 – Si j’avais su, je n’aurais pas chu... Oui mais là, j’ai chu...

Initiales de l’animateur
et du co-animateur: _____

Date: ___/___/___

Durée de la séance : ___h ___min

CONSIGNES POUR REMPLIR LA GRILLE

Pour chacune des activités, veuillez cocher OUI ou NON pour indiquer si l’activité a été réalisée.

Si l’activité a été réalisée : veuillez noter tout ajout, retrait ou modification par rapport aux consignes du guide dans la case « **Notes** », le cas échéant.

Si une activité n’a pas été réalisée : indiquez la raison dans la case « **Notes** ».

Activités	Réalisée?	Justifications, notes, commentaires
1. Mot de bienvenue		
1.1 Accueil des participants	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
1.2 Présentation des objectifs de la séance	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
1.3 Révision de la séance précédente	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
2. Facteurs de protection		
2. Liées à la condition physique et à la santé (partie 2)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
3. Petites révision		
Pause-santé avec collation	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
4. Un environnement sécuritaire c’est quoi ?		
4.1 Vous en pensez quoi ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
4.2 Faisons le point avec Pat	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
4.3 Évaluons notre environnement : êtes-vous STABLE ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
5. Quoi faire en cas de chutes ?		
5.1 De la théorie à la pratique	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
5.2 Comment se relever du sol ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
5.3 Comment aider quelqu’un à se relever du sol ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

SÉANCE 5 – Si j’avais su, je n’aurais pas chu... Oui mais là, j’ai chu...

Initiales de l’animateur
et du co-animateur: _____

CONSIGNES POUR REMPLIR LA GRILLE

Pour chacune des activités, veuillez cocher OUI ou NON pour indiquer si l’activité a été réalisée.

Si l’activité a été réalisée : veuillez noter tout ajout, retrait ou modification par rapport aux consignes du guide dans la case « **Notes** », le cas échéant.

Si une activité n’a pas été réalisée : indiquez la raison dans la case « **Notes** ».

Activités	Réalisée?	Justifications, notes, commentaires
6. Mot de la fin		
6.1 et 6.2 Messages importants de la séance et aperçu de la prochaine séance	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

MATÉRIEL		Notes
L’ensemble des documents a été remis aux participants ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si non, pourquoi?

GÉNÉRAL		Notes
Y a-t-il eu d’autres ajouts, retraites ou modifications par rapport aux consignes du guide?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si oui, lesquels et pourquoi ?
Quel était le niveau de participation du groupe?	<input type="checkbox"/> Excellent <input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Faible	Expliquez :
Avez-vous rencontré des difficultés lors de la séance ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si oui, lesquelles ?
Avez-vous des témoignages ou anecdotes à partager ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si oui, inscrivez-les ici.

**SÉANCE 5 – Si j’avais su, je n’aurais pas chu...
Oui mais là, j’ai chu...**

Initiales de l’animateur
et du co-animateur: _____

Autres remarques :

Séance 6 – Allez hop, en avant !

Initiales de l'animateur
et du co-animateur: _____

Date: ___/___/___

Durée de la séance : ___h ___min

CONSIGNES POUR REMPLIR LA GRILLE

Pour chacune des activités, veuillez cocher OUI ou NON pour indiquer si l'activité a été réalisée.

Si l'activité a été réalisée : veuillez noter tout ajout, retrait ou modification par rapport aux consignes du guide dans la case « **Notes** », le cas échéant.

Si une activité n'a pas été réalisée : indiquez la raison dans la case « **Notes** ».

Activités	Réalisée?	Justifications, notes, commentaires
1. Mot de bienvenue		
1.1 Accueil des participants	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
1.2 Présentation des objectifs de la séance	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
1.3 Révision de la séance précédente	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
2. Le travail à faire à la maison		
2.1 Vous en êtes où alors ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
2.2 Et bougez, vous l'avez fait ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
3. Êtes-vous « stable » ?		
3. Êtes-vous « stable » ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
4. Conseils pratiques pour favoriser un mode de vie actif		
4. Reprise du travail à faire à la maison	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
5. L'affirmation de soi et la prévention		
5.1 Pourquoi est-ce difficile de demander de l'aide ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
5.2 Quelles sont les conséquences de ne pas s'affirmer ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
5.3 Les avantages à s'affirmer	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
5.4 Comment s'affirme-t-on ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Pause-santé avec collation	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
6. Savoir bien s'entourer		
6. Savoir bien s'entourer	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

Séance 6 – Allez hop, en avant !

Initiales de l'animateur
et du co-animateur: _____

CONSIGNES POUR REMPLIR LA GRILLE

Pour chacune des activités, veuillez cocher OUI ou NON pour indiquer si l'activité a été réalisée.

Si l'activité a été réalisée : veuillez noter tout ajout, retrait ou modification par rapport aux consignes du guide dans la case « **Notes** », le cas échéant.

Si une activité n'a pas été réalisée : indiquez la raison dans la case « **Notes** ».

Activités	Réalisée?	Justifications, notes, commentaires
7. Comment me relever		
7.1 Comment se relever du sol	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
7.2 Comment aider quelqu'un à se relever du sol	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
8. Bilan des 6 séances		
6.1 Défi révision	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
6.2 Défi réflexion	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
6.3 Résumé des 6 séances	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

MATÉRIEL		Notes
L'ensemble des documents a été remis aux participants ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si non, pourquoi?

GÉNÉRAL		Notes
Y a-t-il eu d'autres ajouts, retraites ou modifications par rapport aux consignes du guide?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si oui, lesquels et pourquoi ?
Quel était le niveau de participation du groupe?	<input type="checkbox"/> Excellent <input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Faible	Expliquez :
Avez-vous rencontré des difficultés lors de la séance ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si oui, lesquelles ?
Avez-vous des témoignages ou anecdotes à partager ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si oui, inscrivez-les ici.

Séance 6 – Allez hop, en avant !

Initiales de l'animateur
et du co-animateur: _____

Autres remarques :