

## Questionnaire – Intervenante OLO

Nom : \_\_\_\_\_

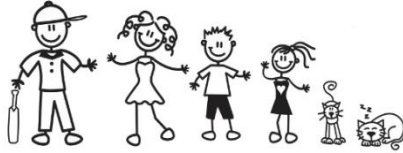
Âge : \_\_\_\_\_

Formation : \_\_\_\_\_

Nombre d'années d'expérience : \_\_\_\_\_

Lieu de pratique : \_\_\_\_\_

Coordonnées (téléphone et courriel) : \_\_\_\_\_



Depuis quand êtes-vous impliquée dans le programme OLO?

---

---

---

Qu'est-ce qui vous motive dans vos tâches reliées au programme OLO?

---

---

---

Combien de mamans suivez-vous en moyenne annuellement?

---

---

---

En quoi le programme de la Fondation OLO fait une différence dans la vie des mamans qui en bénéficient? Avez-vous un exemple concret?

---

---

---

Quel est votre plus beau souvenir ou souvenir marquant avec une maman OLO?

---

---

---

Combien y a-t-il de mamans OLO dans votre région/secteur?

---

---

---

Quel est le rôle des intervenantes dans le programme?

---

---

---



## Questionnaire – Maman OLO

Nom : \_\_\_\_\_

Âge : \_\_\_\_\_

Nombre d'enfants : \_\_\_\_\_

Statut (en couple, mariée, divorcée, célibataire, veuve) : \_\_\_\_\_

Lieu de résidence (ville et quartier) : \_\_\_\_\_

Coordonnées (téléphone et courriel) : \_\_\_\_\_



Comment avez-vous entendu parler du programme de coupons OLO? (amis, famille, Internet, télévision)

---

---

---

Quelle était votre situation lorsqu'on vous avez fait partie du programme OLO?

---

---

---

Quelle est ou était votre relation avec votre intervenante OLO?

---

---

---

Combien de rencontres avez-vous eues dans le cadre d'OLO au cours de votre grossesse?

---

---

---

Comment s'est passée votre première rencontre avec l'intervenante? De quoi avez-vous discuté?

---

---

---

Aviez-vous des inquiétudes?

---

---

---

Pourquoi, selon vous, la Fondation OLO est importante? En quoi elle a changé votre vie?

---

---

---

Quels conseils donneriez-vous à une maman enceinte qui passe par les mêmes étapes que vous?

---

---

---

Avez-vous une histoire à partager en lien avec le programme OLO?

---

---

---

