**L’étude CALIR – Mesures de dosimétrie**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Journal d'activités**  **Dosimètre D-Shuttle: ………………**  **Dosimètre UV-GENESIS: ……………..**  **P\_ID: ……………………** | 1. Aujourd’hui, votre enfant est-il allé dehors alors que le temps était ensoleillé? | | O Oui | | O Non | |
| 1. Si oui, votre enfant a-t-il utilisé une ou plusieurs des protections contre le soleil suivantes? | | | | | |
|  | Non | | En partie | | Oui |
| Crème solaire | O | | O | | O |
| Lunettes de soleil | O | | O | | O |
| Chapeau/casquette ou autre coiffe | O | | O | | O |
| Vêtements à manches longues | O | | O | | O |
| Pantalon long ou jupe/robe longue | O | | O | | O |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Journal d’activités pour: Nom de l’enfant: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_** | | | | **Dans quelle mesure cette journée était-elle typique (pour ce jour de la semaine)?** | | | | | | | |
| **Le journal des activités a-t-il été rempli le même jour ?** | | O oui | O non | | | Veuillez cocher un "X" dans la case appropriée. | | | | | |
|  |  | | | |  | |  |  |  |  | |
|  | | | | | **Très typique** | |  |  |  | **Pas du tout typique** |  |
|  | | | | | 1 | | 2 | 3 | 4 | 5 |  |
|  | | | | | | | | | | | |
| Ne laissez aucun espace vide dans votre journée! N'oubliez pas les temps de déplacement! | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Période** | | **Activité** | | **Lieu** | **Plein air** | **Adresse** | | | |
| *Heure début* | *Heure fin* | *Qu'a fait l'enfant?* | | *Où était l'enfant?* |  | *Rue* | *N.* | *code postal* | *Ville* |
| 00:00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Notes/Commentaires:

|  |
| --- |
|  |