| Fiche d’auto-évaluation |
| --- |
| **Nom de l’organisation :** Click or tap here to enter text. |
| **Dénomination exacte de l’action/ du projet :** Click or tap here to enter text. |
| **Les activités se sont-elles déroulées comme prévues ?**[ ]  Entièrement [ ]  Partiellement[ ]  Insuffisamment[ ]  Pas du toutRemarques : Click or tap here to enter text. |
| **Disposiez-vous des ressources nécessaires en quantité suffisante ?** [ ]  Entièrement [ ]  Partiellement[ ]  Insuffisamment[ ]  Pas du toutRemarques : Click or tap here to enter text. |
| **Les partenaires étaient-ils satisfaits de leur collaboration ?** [ ]  Entièrement [ ]  Partiellement[ ]  Insuffisamment[ ]  Pas du toutRemarques : Click or tap here to enter text. |
| **Les activités ont-elles eu les effets sur les modes de vie des participants ?**[ ]  Entièrement [ ]  Partiellement[ ]  Insuffisamment[ ]  Pas du toutChangements observés : Click or tap here to enter text.***Si entièrement ou partiellement, les activités ont-elles eu des effets favorables sur les comportements suivants ?***[ ]  Alimentation [ ]  Activité physique[ ]  Alimentation et activité physique[ ]  Autres : Click or tap here to enter text. |
| **Les activités ont-elles eu un impact sur l’environnement physique et/ou social** **?**[ ]  Entièrement [ ]  Partiellement[ ]  Insuffisamment[ ]  Pas du toutChangements observés : Click or tap here to enter text.***Si entièrement ou partiellement, sur quel type d’environnement ?***[ ]  Environnement physique[ ]  Environnement social[ ]  Environnement physique et social[ ]  Autres : Click or tap here to enter text. |
| **Les activités ont-elles atteintes la population ciblée ?**[ ]  Entièrement [ ]  Partiellement[ ]  Insuffisamment[ ]  Pas du toutRemarques : Click or tap here to enter text. |
| **Quel a été le nombre de participants ?**Click or tap here to enter text.**Population touchée** : [ ]  Enfants [ ]  Adolescents[ ]  Adultes[ ]  Personnes âgées (50 ans et +)[ ]  Spécifique *Si spécifique, veuillez préciser (par exemple prisonnier …) :* Click or tap here to enter text. |
| **Les participants étaient-ils satisfaits des activités ?** [ ]  Entièrement [ ]  Partiellement[ ]  Insuffisamment[ ]  Pas du toutRemarques : Click or tap here to enter text. |
| **Comment les participants ont-ils entendu parler des activités ?** [ ]  Site web/Réseaux sociaux [ ]  Journaux/Affiches [ ]  Autres Si autres, précisez :Click or tap here to enter text. |
| **Vos objectifs ont-ils été atteints ?**[ ]  Entièrement [ ]  Partiellement[ ]  Insuffisamment[ ]  Pas du toutRemarques : Click or tap here to enter text. |
| **Appréciation de votre propre expérience du projet :**[ ]  Positive[ ]  Neutre[ ]  NégativeRemarques : Click or tap here to enter text. |
| **Un renouvellement du projet est prévu :**[ ]  Oui[ ]  Non[ ]  Non connu |

**Réservé au bureau de coordination**

Référence : Click or tap here to enter text.

**Bureau de coordination**

Ministère de la Santé

Direction de la Santé

Service de coordination des plan nationaux

13A, rue de Bitbourg

L-1273 Luxembourg-Hamm

Tél. (+352) 247-75662

E-mail : gimb@ms.etat.lu

Site internet : <https://gimb.public.lu>

