

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

B - LISTE DES MEMBRES DU MÉNAGE

| NUMERO DE MEMBRE | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--------------------------------------|
| | Chef | | | | | | | | | | INSCRIVEZ LE NOM DE TOUTES LES PERSONNES QUI NORMALEMENT VIVENT ET PRENNENT LEURS REPAS ENSEMBLE DANS LE MÉNAGE, EN COMMENÇANT PAR LE CHEF DE MÉNAGE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>B.1 Est-ce que [NOM] est un homme ou une femme?</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Homme | <input type="radio"/> H | <input type="radio"/> H | <input type="radio"/> H | <input type="radio"/> H | <input type="radio"/> H | <input type="radio"/> H | <input type="radio"/> H | <input type="radio"/> H | <input type="radio"/> H | <input type="radio"/> H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Femme | <input type="radio"/> F | <input type="radio"/> F | <input type="radio"/> F | <input type="radio"/> F | <input type="radio"/> F | <input type="radio"/> F | <input type="radio"/> F | <input type="radio"/> F | <input type="radio"/> F | <input type="radio"/> F | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>B.2 Pendant combien de temps [NOM] a-t-il été absent au cours des 12 derniers mois?</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Jamais | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Moins de 6 mois | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 mois ou plus | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>B.3 Est-ce que [NOM] contribue au revenu du ménage?</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Oui | <input type="radio"/> O | <input type="radio"/> O | <input type="radio"/> O | <input type="radio"/> O | <input type="radio"/> O | <input type="radio"/> O | <input type="radio"/> O | <input type="radio"/> O | <input type="radio"/> O | <input type="radio"/> O | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Non | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> N | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>B.4 Quel est le lien de parenté de [NOM] avec le chef de ménage?</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Chef de ménage | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Conjoint(e) | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fils ou fille | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Frère/soeur | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Neveu/niece | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Petit fils/fille | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Père ou mère | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Autre parent | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aucun lien de parenté | <input type="radio"/> 9 | <input type="radio"/> 9 | <input type="radio"/> 9 | <input type="radio"/> 9 | <input type="radio"/> 9 | <input type="radio"/> 9 | <input type="radio"/> 9 | <input type="radio"/> 9 | <input type="radio"/> 9 | <input type="radio"/> 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>B.5 Quel âge avait [NOM] à son dernier anniversaire?</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> | | | <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> | | | <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> | | | <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> | | | <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> | | | <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> | | | <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> | | | <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> | | | <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> | | | <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> | | | ENREGISTREZ L'ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="radio"/> 9 | <input type="radio"/> 9 | <input type="radio"/> 9 | <input type="radio"/> 9 | <input type="radio"/> 9 | <input type="radio"/> 9 | <input type="radio"/> 9 | <input type="radio"/> 9 | <input type="radio"/> 9 | <input type="radio"/> 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>B.6 Quel est l'état matrimonial de [NOM]?</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Célibataire | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Marié (e) (monogame) | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Marié (e) (polygame) | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Divorcé (e)/Séparé (e) | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Veuf/Veuve | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Union libre | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>B.7 [NOM] Souffre-t-il d'un handicap majeur?</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ne souffre d'aucun handicap | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Moteur | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Manchot | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Visuel | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lépreux | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mental | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Autres | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SI L'ENQUETÉ A MOINS DE 12 ANS, ALLEZ A B7.

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

C - ÉDUCATION

| NUMERO DE MEMBRE | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Aucune Français Langues nationales autres langues | C.1 Dans quelle langue principale [NOM] sait-il lire et écrire? | | | | | | | | | | SI L'ENQUETÉ A MOINS DE 10 ANS, ALLEZ A C2. |
| | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | |
| | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | |
| | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | |
| Oui Non | C.2 Est-ce que [NOM] a déjà fréquenté l'école? | | | | | | | | | | SI NON, PASSEZ À C9. |
| | <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N | |
| 00 Aucun 01 École maternelle 11 CP1 12 CP2 13 CE1 14 CE2 15 CM1 16 CM2 21 6 ^{ème} 22 5 ^{ème} 23 4 ^{ème} 24 3 ^{ème} 25 2 ^{nde} 26 1 ^{ère} 27 Terminale 31 Supérieur 41 professionnel avant CEPE 42 Prof.Sec. après CEPE 43 Prof.Sec. après BEPC | C.3 Quel est la plus haute classe que [NOM] a achevée? | | | | | | | | | | SINON ALLEZ À C9. |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | |
| | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | |
| | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | |
| | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | |
| | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | |
| | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | |
| | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | |
| | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 7 | |
| Oui Non | C.4 Est-ce que [NOM] a fréquenté l'école l'année dernière? | | | | | | | | | | SINON ALLEZ À C9. |
| | <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N | |
| Oui Non | C.5 Est-ce que [NOM] fréquente actuellement l'école? | | | | | | | | | | SINON ALLEZ À C9. |
| | <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N | |
| 00 Aucun 01 École maternelle 11 CP1 12 CP2 13 CE1 14 CE2 15 CM1 16 CM2 21 6 ^{ème} 22 5 ^{ème} 23 4 ^{ème} 24 3 ^{ème} 25 2 ^{nde} 26 1 ^{ère} 27 Terminale 31 Supérieur 41 Professionnel avant CEPE 42 Prof.Sec. après CEPE 43 Prof.Sec. après BEPC | C.6 Dans quelle classe est actuellement [NOM]? | | | | | | | | | | SINON ALLEZ À C9. |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | |
| | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | |
| | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | |
| | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | |
| | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | |
| | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | |
| | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | |
| | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 7 | |
| Public privé laïc Privé catholique Privé protestant Medersa CFJA CEBNF | C.7 Quel type d'établissement [NOM] fréquente-t-il ? | | | | | | | | | | SINON ALLEZ À C9. |
| | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | |
| | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | |
| | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | |
| | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | |
| | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | |
| | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | |
| Aucun problème (satisfait) Manque de livres/fournitures Enseignement médiocre Manque d'enseignants Établissement en mauvais état Autre problème | C.8 Quelles sont les causes d'insatisfaction avec l'école de [NOM]? | | | | | | | | | | VOUS POUVEZ ENREGISTRER PLUS D'UNE RÉPONSE. PASSEZ À LA PERSONNE SUIVANTE. |
| | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | |
| | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | |
| | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | |
| | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | |
| Renvoyé Fin des études Veut travailler Coût élevé Pas nécessaire Pas d'école/éloigné Manque de cantine Maladie Mariage/enciente Trop jeune/trop vieux | C.9 Pourquoi [NOM] ne va-t-il pas actuellement à l'école ou n'a jamais été à l'école? | | | | | | | | | | SINON ALLEZ À C9. |
| | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 | |
| | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 | |
| | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 | |
| | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 | |
| | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 | |
| | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 | |
| | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 6 | |
| | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 7 | |
| | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 8 | |
| <input type="radio"/> 9 | <input type="radio"/> 9 | <input type="radio"/> 9 | <input type="radio"/> 9 | <input type="radio"/> 9 | <input type="radio"/> 9 | <input type="radio"/> 9 | <input type="radio"/> 9 | <input type="radio"/> 9 | <input type="radio"/> 9 | | |

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

D - SANTÉ

| NUMÉRO DE MEMBRE | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | SI C'EST UN HOMME OU SI MOINS DE 12 ANS, ALLEZ À D3. SINON, ALLEZ À D3. |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| D.1 Est-ce que [NOM] a eu une naissance vivante les 12 derniers mois? | | | | | | | | | | | |
| Oui | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Non | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| D.2 Est-ce que [NOM] a reçu des soins prénatals durant la grossesse? | | | | | | | | | | | |
| Oui | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Non | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| D.3 Est-ce que [NOM] est mentalement ou physiquement handicapé ou infirme? | | | | | | | | | | | Ne prendre en compte la personne que si son handicap l'empêche d'avoir une activité soutenue ou de suivre une scolarité. (faire référence à B7) |
| Oui | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Non | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| D.4 Est-ce que [NOM] a été malade ou blessé durant les 15 derniers jours? | | | | | | | | | | | SINON, ALLEZ À D7. |
| Oui | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Non | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| D.5 De quel genre de maladie/blessure [NOM] a-t-il/elle souffert? | | | | | | | | | | | VOUS POUVEZ ENREGISTRER PLUS D'UNE RÉPONSE. |
| Fièvre/Paludisme | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Diarrhée | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Accident | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Problème dentaire | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Problème de peau | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Problème d'œil | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Problème d'oreille/nez/gorge | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Autre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| D.6 Combien de jours [NOM] a-t-il/elle manqué le travail/école du fait de la maladie/blessure? | | | | | | | | | | | |
| Aucun | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| 1 semaine ou moins | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| 1 à 2 semaines | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Plus de 2 semaines | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| D.7 Est-ce que [NOM] a consulté un service/du personnel de santé ou un guérisseur traditionnel pour une raison quelconque au cours des 15 derniers jours? | | | | | | | | | | | SINON, ALLEZ À D11. |
| Oui | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Non | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| D.8 Quel genre de service/de personnel de santé [NOM] a-t-il/elle consulté? | | | | | | | | | | | |
| Guéris.trad./Marabout | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Médecin/Pharm. privés | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Infirmier privé | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Centre hosp.alier national | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Centre hospitalier régional | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| CMA/CM | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| CSPS | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Privé/ONG | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Matronne traditionnelle | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Autre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| D.9 Combien de fois [NOM] a-t-il/elle eu recours à ce service au cours des 15 derniers jours? | | | | | | | | | | | |
| 1 à 3 fois | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| 4 à 6 fois | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Plus de 6 fois | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| D.10 Est-ce que [NOM] a eu des problèmes au moment de sa visite? | | | | | | | | | | | VOUS POUVEZ ENREGISTRER PLUS D'UNE RÉPONSE. PASSEZ À LA PERSONNE SUIVANTE |
| Aucun problème (satisfait) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Établissement pas propre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Temps d'attente trop long | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Pas de personnel formé | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Trop cher | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Pas de médicaments disponibles | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Traitement inefficace | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Mauvais accueil du personne | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| D.11 Pourquoi [NOM] n'a-t-il/elle pas utilisé de service médical au cours des 15 derniers jours? | | | | | | | | | | | |
| Pas nécessaire | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Trop cher | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Trop éloigné | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Autre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

E - EMPLOI

A POSER A TOUTE PERSONNE AGEE DE 5 ANS ET PLUS

| NUMERO DE MEMBRE | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | SI MOINS DE 5 ANS, PASSEZ À LA PERSONNE SUIVANTE SI OUI, ALLEZ À E5. |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| | E.1 Est-ce que [NOM] a travaillé au cours des 7 derniers jours? | | | | | | | | | | |
| | Oui Non | <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> | |
| | E.2 Est-ce que [NOM] a été absent du travail habituel au cours des 7 derniers jours? | | | | | | | | | | SI OUI, ALLEZ À E5. |
| | Oui Non | <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> | |
| | E.3 Est-ce que [NOM] cherchait du travail au cours des 4 dernières semaines? | | | | | | | | | | |
| | Oui Non | <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> | |
| | E.3b Est-ce que [NOM] était prêt à travailler au cours des 4 dernières semaines? | | | | | | | | | | |
| | Oui Non | <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> | |
| Inoccupé n'ayant jamais travaillé Élève/étudiant Personne au foyer Retraité/rentier Autres inactifs | E.4 Quelle est la raison principale pour laquelle [NOM] ne travaillait pas au cours des 7 derniers jours? | | | | | | | | | | PASSEZ À LA PERSONNE SUIVANTE. |
| | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | |
| | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | |
| | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | |
| | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | |
| | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | |
| | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | |
| Un Deux Plus de deux | E.5 Combien d'emplois a eu [NOM] dans les 7 derniers jours? | | | | | | | | | | |
| | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | |
| Salaire/paiements en nature À la tâche (à l'heure/à la journée) Apprenti/Aide familial non payé À son compte | E.6 Comment [NOM] était-il/elle payé(e) pour son travail principal? | | | | | | | | | | |
| | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | |
| | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | |
| Public Para-public Entreprise privée Individu ou ménage privé | E.7 Pour qui [NOM] travaillait-il/elle principalement? | | | | | | | | | | |
| | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | |
| | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | |
| 01 Agri.Chas.Sylviculture 02 Pêche.piscicult.aquacult. 03 Activités extractives 04 Activités de fabrication 05 Prod. dist.d'élec. gaz/eau 06 Construction 07 Com. répar.autom. art.dom. 08 Hôtels restaurants 09 Transp.act.aux.communicat. 10 Activités financières 11 Imm.location.serv.Eses 12 Activ. Administr. Publique 13 Education 14 Act.santé-action sociale 15 Act.caract. collec. pers. 16 Act.ménages per.domest. 17 Act.org. extraterritor | E.8 Quelle est la branche d'activité principale de l'endroit où [NOM] travaille | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | |
| | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | |
| | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | |
| | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | |
| | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | |
| | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | |
| | E.9 Est-ce [NOM] a cherché à augmenter ses revenus au cours des 7 derniers jours? | | | | | | | | | | SI NON, PASSEZ À LA PERSONNE SUIVANTE. |
| | Oui Non | <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> | |
| Plus d'heures dans activité actuel. Plus d'heures dans autre activité En changeant d'activité Autre | E.10 Comment [NOM] a-t-il/elle cherché à augmenter ses revenus au cours des 7 derniers jours? | | | | | | | | | | |
| | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | |
| | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | |
| | E.11 Est-ce que [NOM] est prêt(e) à prendre du travail supplémentaire dans les 4 prochaines semaines? | | | | | | | | | | |
| | Oui Non | <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> | |

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

F - AVOIRS DU MÉNAGE

F.1 Est-ce que le ménage ou un membre du ménage est propriétaire du logement ?

- Propriétaire du logement 1
 Loue le logement 2
 Occupe sans payer de loyer 3
 Nomade ou logement temporaire 4

F.2 Combien de pièces séparées y-a-t-il dans votre logement ?

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |

F.3 Combien d'hectares de terres le ménage possède-t-il ? (à la décimale près par exemple 24,7)

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |

F.4 Comment la superficie de terre possédée est-elle par rapport à celle possédée il y a un an ?

- Plus petite 1
 Identique 2
 Plus grande 3
 Ne sait pas 4

F.5 Le ménage utilise-t-il des terres qu'il ne possède pas ?

- Non 1
 Loue 2
 Métagage 3
 Terre privée gratuite 4
 Terre d'accès libre 5

F.6 Le ménage utilise-t-il combien d'hectares de terres qui ne lui appartiennent pas ? (à la décimale près, par exemple 24,7)

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |

F.7 Comment la superficie de cette autre terre utilisée est-elle par rapport à celle utilisée il y a un an ?

- Plus petite 1
 Identique 2
 Plus grande 3
 Ne sait pas 4

F.8 Combien de têtes de bétail et d'autres gros animaux le ménage possède-t-il actuellement ?

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |

F.9 Comment ce nombre de têtes de bétail est-il par rapport à il y a un an ?

- Plus petit 1
 Identique 2
 Plus grand 3
 Ne sait pas 4

F.10 Combien de moutons, de chèvres et d'autres animaux de taille moyenne le ménage possède-t-il actuellement ?

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |

F.11 Comment ce nombre d'animaux est-il par rapport à il y a un an ?

- Plus petit 1
 Identique 2
 Plus grand 3
 Ne sait pas 4

F.12 Est-ce que le ménage possède un des biens suivantes ?

- Fer à repasser O N
 Réfrigérateur/congélateur O N
 Télévision O N
 Matelas ou lit O N
 Radio O N
 Machine à coudre O N
 Cuisinière moderne O N
 Bicyclette O N
 Mobylette/moto O N
 Voiture ou camion O N
 Charrue/charrette O N
 Animaux de trait O N

Ne prendre en compte que les biens en état de marche.

F.13 Est-ce que le ménage a l'électricité ?

- Oui O
 Non N

F.14 Vous est-il arrivé au cours de l'année dernière d'avoir des problèmes pour satisfaire les besoins en nourriture du ménage ?

- Jamais 1
 Rarement 2
 Quelquefois 3
 Souvent 4
 Toujours 5

F.15 Comment trouvez-vous la situation économique générale du ménage par rapport à celle d'il y a un an ?

- Pire maintenant 1
 Mauvaise maintenant 2
 Identique 3
 Mieux maintenant 4
 Meilleure maintenant 5
 Ne sait pas 6

F.16 Comment trouvez-vous la situation économique générale de la communauté par rapport à celle d'il y a un an ?

- Pire maintenant 1
 Mauvaise maintenant 2
 Identique 3
 Mieux maintenant 4
 Meilleure maintenant 5
 Ne sait pas 6

F.17 Qui contribue le plus au revenu du ménage ? (enregistrez le numéro de membre de la section B)

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |

F.18 Existe-t-il une pièce aménagée pour la cuisine

- Oui O
 Non N

F.19 Le ménage possède-t-il le téléphone

- Oui O
 Non N

F.20 Le ménage dispose-t-il de stocks de céréales jusqu'à la prochaine récolte ?

- Oui O
 Non N

F.21 Si non jusqu'à quand (en mois) ?

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 0 | 1 | | | | | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

G - LOGEMENT ET CONFORT

G.1 Quel est le matériau du toit de la maison?

- Terre (1)
- Paille (2)
- Tôles en métal (3)
- Ciment/béton (4)
- Tuiles (5)
- Autre _____ (6)

G.3 Quelle est la principale source d'approvisionnement en eau utilisée pour boire?

- Rivière, cours d'eau lac (1)
- Puits ordinaire (2)
- Puits busés (3)
- Forages (4)
- Fontaine public (5)
- Robinet intérieur propre (6)
- Robinet intérieur partagé (7)
- Autre _____ (8)

G.5 Quelle est la principale source d'énergie utilisée pour faire la cuisine?

- Bois à brûler (1)
- Charbon de bois (2)
- Pétrole/huile (3)
- Gaz (4)
- Électricité (5)
- Résidus de moisson/sciure (6)
- Déchets d'animaux (7)
- Autre _____ (8)

G.2 Quel est le matériau des murs de la maison?

- Terre/briques de terre (1)
- Pierres (2)
- Briques cuites (3)
- Ciment/béton (4)
- Bois/bambou (5)
- Tôles en métal (6)
- Paille (7)
- Autre _____ (8)

G.4 Quel type de toilettes utilise le ménage?

- Chasse d'eau avec fosse septique (1)
- Latrines à fosse ventilée (2)
- Latrines ordinaires (3)
- Dans la nature (4)
- Autre _____ (5)

G.6 Quelle est la principale source d'énergie utilisée pour l'éclairage?

- Pétrole (1)
- Gaz (2)
- Electricité/Energie solaire (3)
- Torche à piler (4)
- Batteries (5)
- Bougies (6)
- Bois à brûler (7)
- Autre _____ (8)

G.7 À partir d'ici, combien de minutes faut-il pour atteindre le/la plus proche ...?

| | 0-14 | 15-29 | 30-44 | 45-59 | 60+ |
|-------------------------------------|------|-------|-------|-------|-----|
| A. Source d'eau utilisée pour boire | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| B. Marché de produits alimentaires | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| C. Transport public | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| D. École primaire | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| E. École secondaire | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| F. Clinique ou hôpital | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |

G.8 Quelle est la zone de résidence du ménage ?

- Lotie (O)
- N on lotie (N)

G.9 Avec quel matériau est constitué le sol du bâtiment principal ?

- Carreau (1)
- Ciment (2)
- Terre battue/sable (3)
- Autre _____ (4)

G.10 De quel type est le logement du bâtiment ?

- Immeuble à appartement (1)
- Villa (2)
- Maison individuelle simple (3)
- Batiment à plusieurs logements (4)
- Maisons traditionnelles (5)
- Autre _____ (6)

G.11 Comment sont évacuées les ordures ménagères ?

- Poubelle (enlèvement par service) (1)
- Tas d'immodice publics (2)
- Tas d'immodice individuel (3)
- Fosse (4)
- Bac (5)
- Rue (6)

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

I - ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS

I.1 Pour chaque enfant de moins de cinq ans, enregistrez le numéro de membre de l'enfant et de la mère à partir de la liste des membres du ménage. Enregistrez 00 si la mère de l'enfant est décédée ou pas membre du ménage.

| | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Enfant | Mère | Enfant | Mère | Enfant | Mère | Enfant | Mère |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | | | | | | | |