

BUREAU CENTRAL DU RECENSEMENT

# RECENSEMENT GENERAL DE LA POPULATION 1988

(ORDONNANCE N° 86.048 DU 18 AOUT 1986)

## FEUILLE DE MENAGE

**Important :** Les informations contenues dans ce document ont un caractère strictement confidentiel et ne peuvent en aucun cas faire l'objet de poursuites judiciaires, de contrôle fiscal ou de repression économique.

Tous les agents appelés à participer au Recensement Général de la population sont tenus au secret statistique.

| LOCALISATION   |  |   |   |
|--|--|---|---|
| 1. PREFECTURE  | _____  |   |   |
| 2. SOUS-PREFECTURE   | _____  |   |   |
| 3. P C A   | _____  |   |   |
| 4. COMMUNE   | _____  |   |   |
| 5. <input type="checkbox"/> QUARTIER DE VILLE <input type="checkbox"/> VILLAGE | _____  |   |   |
| 6. N° D'AIRES DE DENOMBREMENT  | _____  |   |   |
| 7. N° DU BATIMENT  | _____  |   |   |
| 8. N° DU MENAGE  | _____  |   |   |
| 9. N° DE FEUILLE/NOMBRE DE FEUILLES UTILISEES                                  | _____  |   |   |
| 10. POPULATION PARTICULIERE  | <table border="1"> <tr> <td>P</td> <td>M</td> </tr> </table> | P | M |
| P  | M  |   |   |

| PARTIE RESERVEE A LA<br>CODIFICATION |            |
|--------------------------------------|------------|
| 1                                    | ██████████ |
| 3                                    | ██████████ |
| 4                                    | ██████████ |
| 5                                    | ██████████ |
| 6                                    | ██████████ |
| 9                                    | ██████████ |
| 12                                   | ██████████ |
| 15                                   | ██████████ |

| TABLEAU RECAPITULATIF DU MENAGE |            |           |          |
|---------------------------------|------------|-----------|----------|
|                                 | SEXE MASC. | SEXE FEM. | TOTAL    |
| RESIDENTS PRESENTS              | ██   ███   | ██   ███  | ██   ███ |
| RESIDENTS ABSENTS               | ██   ███   | ██   ███  | ██   ███ |
| VISITEURS                       | ██   ███   | ██   ███  | ██   ███ |

|                                |                         |
|--------------------------------|-------------------------|
| NOM DE L'AGENT RECENSEUR _____ | NOM DU CONTROLEUR _____ |
| DATE DE PASSAGE _____          | DATE DE CONTROLE _____  |
| OBSERVATIONS _____             | OBSERVATIONS _____      |
|                                |                         |





| DECES DES 12 DERNIERS MOIS  |                             |
|---|-----------------------------|
| Y'A-T-IL EU DECES DE PERSONNES RESIDENTES DU MENAGE PENDANT LES 12 DERNIERS MOIS. <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |                             |
| SI OUI : SEXE   | AGE AU DECES                |
| 24 <input type="checkbox"/>   | 25 <input type="checkbox"/> |
| 27 <input type="checkbox"/>   | 28 <input type="checkbox"/> |
| 30 <input type="checkbox"/>   | 31 <input type="checkbox"/> |
| 33 <input type="checkbox"/>   | 34 <input type="checkbox"/> |
| 36 <input type="checkbox"/>   | 37 <input type="checkbox"/> |

| N°D'ORDRE                   | TYPE D'HANDICAP  | CAUSES  |
|-----------------------------|--|---|
|                             | INSCRIRE: AVEUGLE ; SOURD; SOURD-MUET; FOLIE;BOSSUE; PARALYSIE PARTIELLE;PARALYSIE TOTALE; AUTRES. | INSCRIRE :<br>- CONGENITALES<br>- MALADIES<br>- ACCIDENTS<br>- AUTRES |
| 38 <input type="checkbox"/> | 40 <input type="checkbox"/>  | 41 <input type="checkbox"/>   |
| 42 <input type="checkbox"/> | 44 <input type="checkbox"/>  | 45 <input type="checkbox"/>   |
| 46 <input type="checkbox"/> | 48 <input type="checkbox"/>  | 49 <input type="checkbox"/>   |
| 50 <input type="checkbox"/> | 52 <input type="checkbox"/>  | 53 <input type="checkbox"/>   |

| CARACTERISTIQUES DE L'HABITAT (Bâtiment principal) |   |
|--|---|
| <b>MATERIAUX DU MUR</b>                            | 1 <input type="checkbox"/> PARPAING DE CIMENT 3 <input type="checkbox"/> BRIQUES EN TERRE 5 <input type="checkbox"/> TERRE BATTUE<br>2 <input type="checkbox"/> BRIQUES CUITES 4 <input type="checkbox"/> PLANCHES 6 <input type="checkbox"/> AUTRES                            |
| <b>MATERIAUX DU TOIT</b>                           | 1 <input type="checkbox"/> BETON ARME 3 <input type="checkbox"/> PAILLE 5 <input type="checkbox"/> AUTRES<br>2 <input type="checkbox"/> TOLE 4 <input type="checkbox"/> BAMBOU  |
| <b>MATERIAUX DU SOL</b>                            | 1 <input type="checkbox"/> CARREAUX 3 <input type="checkbox"/> PLANCHE 5 <input type="checkbox"/> AUTRES<br>2 <input type="checkbox"/> CIMENT 4 <input type="checkbox"/> TERRE  |
| <b>MODE D'APPROVISIONNEMENT EN EAU</b>             | 1 <input type="checkbox"/> EAU COURANTE 4 <input type="checkbox"/> EAU DE PUIIS SIMPLE<br>2 <input type="checkbox"/> BORNE FONTAINE 5 <input type="checkbox"/> EAU DE RIVIERE OU MARIGOT<br>3 <input type="checkbox"/> EAU DE PUIIS DE FORAGE 6 <input type="checkbox"/> AUTRES |
| <b>LIEU D'AISANCE</b>                              | 1 <input type="checkbox"/> WC MODERNE 3 <input type="checkbox"/> AUTRES<br>2 <input type="checkbox"/> LATRINE EXTERIEUR   |
| <b>STATUT D'OCCUPATION</b>                         | 1 <input type="checkbox"/> PROPRIETAIRE 3 <input type="checkbox"/> AUTRES<br>2 <input type="checkbox"/> LOCATAIRE   |
| <b>NOMBRE DE PIECES DU MENAGE</b>                  | Inscrire le nombre total de pièces pour l'ensemble de (s) bâtiment (s) ou partie de bâtiment qu'occupe le ménage. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   |

| PARTIE RESERVEE A LA CODIFICATION |                             |
|-----------------------------------|-----------------------------|
|                                   | 16 <input type="checkbox"/> |
|                                   | 17 <input type="checkbox"/> |
|                                   | 18 <input type="checkbox"/> |
|                                   | 19 <input type="checkbox"/> |
|                                   | 20 <input type="checkbox"/> |
|                                   | 21 <input type="checkbox"/> |
|                                   | 22 <input type="checkbox"/> |

|                            |                                   |
|----------------------------|-----------------------------------|
| DATE DE CODIFICATION _____ | DATE DE SAISIE INFORMATIQUE _____ |
| NOM DU CODIFIEUR _____     | NOM DE L'AGENT _____              |
| DATE DE VERIFICATION _____ | DATE DE VERIFICATION _____        |
| NOM DU VERIFICATEUR _____  | NOM DU VERIFICATEUR _____         |
| NOM DU CHEF D'EQUIPE _____ | NOM DU CHEF D'EQUIPE _____        |