

CONSULTATION CITOYENNE

Comment je vis en Moselle et Madon



Questionnaire

La Communauté de Communes Moselle et Madon réalise une consultation citoyenne sur le territoire.

Ce questionnaire est totalement **anonyme**. Il est réservé aux habitants des communes suivantes : Bainville-sur-Madon, Chaligny, Chavigny, Flavigny-sur-Moselle, Frolois, Maizières, Maron, Marthemont, Méréville, Messein, Neuves-Maisons, Pierreville, Pont-Saint-Vincent, Pulligny, Richardmémil, Sexey-aux-Forges, Thélod, Viterne, Xeulley.

Si vous résidez dans une de ces communes, votre participation sera précieuse afin de comprendre les situations de vie des habitants. Les résultats de l'enquête permettront de nourrir les réflexions politiques et de construire des actions répondant à vos attentes.

Le questionnaire est organisé en plusieurs thématiques. Nous vous remercions d'y répondre de la manière **la plus sincère** possible. Il devrait nécessiter seulement une dizaine de minutes.

Questionnaire à déposer anonymement au plus tard le 31 août 2017 dans l'une des urnes prévues à cet effet.

I. RENSEIGNEMENTS GENERAUX

1-Quelle est votre commune de résidence ?

2-Quelle est votre année de naissance ?

3-Quel est votre sexe ? Homme Femme

4-Quel est votre statut ? Cadre et profession intellectuelle supérieure
 Agriculteur exploitant Artisan, commerçant, chef d'entreprise
 Employé Ouvrier
 Retraité Profession libérale
 Père ou mère au foyer Elève ou étudiant
 Sans activité professionnelle Autre (précisez)

II. LOGEMENT

1-Dans quel type de logement habitez-vous ?

Une maison Un appartement Une chambre meublée
 Un foyer d'hébergement Un centre d'accueil Sans domicile Autre

2-Vous êtes : Locataire Propriétaire Hébergé
 Logé à titre gracieux Colocataire Autre

3- « Votre situation par rapport à votre logement vous satisfait ». Cette affirmation vous correspond-elle ?

Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord Pas du tout d'accord

4- Si vous n'êtes pas satisfait de votre situation actuelle dans votre logement : pour quelles raisons ?
(plusieurs réponses possibles)

Taille inadaptée Insalubrité-inconfort Prix du loyer/charges Voisinage et environnement
 Accessibilité handicapé Autres.....

5- Si vous rencontrez des difficultés vis-à-vis de votre logement, avez-vous contacté :

- Le bailleur Le bailleur social La CCMM Le CCAS L'observatoire de l'habitat
 La Mairie Autre..... Aucun

III. VIE CONJUGALE/FAMILIALE

1- Quelle est votre situation familiale ?

- Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Pacsé(e) En concubinage

2- Vous vivez :

- Seul(e) En couple sans enfants Chez vos parents
 Seul(e) avec enfants En couple avec enfants Autre (précisez) :

3-Avez-vous des enfants à charge ? Oui Non

(Un enfant peut être considéré à votre charge dans 3 situations : l'enfant est mineur et ne perçoit pas de revenus propres; l'enfant est infirme et, en raison de son invalidité, est hors d'état de subvenir à ses besoins; l'enfant est majeur et rattaché à votre foyer fiscal.)

Si vous avez répondu non à la précédente question, passez à la question 12.

4-Si vous avez des enfants à charge, quelle est leur situation actuelle ?

	Sexe	Age	Situation (école, collège...)
1 ^{er} enfant			
2 ^{ème} enfant			
3 ^{ème} enfant			
4 ^{ème} enfant			
5 ^{ème} enfant			
6 ^{ème} enfant			

5-Quel(s) mode(s) de garde utilisez-vous habituellement ? (plusieurs réponses possibles)

	Crèche	Assistant maternel	Garderie périscolaire	Emploi à domicile	Centre de loisirs	Réseau familial	Aucun
1 ^{er} enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ^{ème} enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 ^{ème} enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 ^{ème} enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 ^{ème} enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6-Ce(s) mode(s) de garde étai(en)t votre (vos) premier choix ? Oui Non

7-Ce(s) mode(s) de garde est (sont) satisfaisant(s)

- Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord Pas du tout d'accord.

8-Pour vos enfants, quel(s) services proposés sur le territoire connaissez-vous ?

- Le relais assistants maternels Accueil périscolaire La Filoche La piscine
 L'école de musique Les activités avec animateurs ados Le centre Jean L'Hôte

9- Lesquels utilisez-vous pour vos enfants ? Et à quelle fréquence ?

	Souvent	De temps en temps	Rarement	Jamais
Relais assistants maternels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil périscolaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Filoche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piscine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecole de musique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activités avec animateurs ados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centre Jean L'hôte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10-Certains services pour vos enfants vous manquent-ils sur le territoire ? Oui Non

11-Si oui, lesquels ?

.....

.....

.....

12-Est-ce que d'autres personnes (hormis enfants à charge et conjoint) vivent avec vous ? Oui Non

13-Si oui, lesquelles (sœur, frère, parents âgés...) :

14-Quelles sont vos préoccupations actuelles ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Autorité/responsabilité vis-à-vis des enfants | <input type="checkbox"/> Séparation |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge de la dépendance (handicap, personnes âgées...) | <input type="checkbox"/> Exercice du droit de garde |
| <input type="checkbox"/> Communication avec les enfants | <input type="checkbox"/> Emploi |
| <input type="checkbox"/> Vie de couple | <input type="checkbox"/> Autre |
| | <input type="checkbox"/> Aucune |

15-Bénéficiez-vous d'une aide régulière de votre entourage ? (financière, alimentaire, matérielle...)

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> De vos parents | <input type="checkbox"/> De vos grands-parents | <input type="checkbox"/> De vos enfants | <input type="checkbox"/> De vos petits-enfants |
| <input type="checkbox"/> De voisins ou amis | <input type="checkbox"/> Aucune | | |

16- Apportez-vous une aide régulière à des membres de votre entourage ? (financière, alimentaire, matérielle...)

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> A vos parents | <input type="checkbox"/> A vos grands-parents | <input type="checkbox"/> A vos enfants | <input type="checkbox"/> A vos petits-enfants |
| <input type="checkbox"/> Aux voisins ou amis | <input type="checkbox"/> Aucune | | |

IV. ACCES A LA CULTURE/LOISIRS/SPORTS

1-Pratiquez-vous des activités culturelles (musique, art...) sur le territoire ?

- | | | | |
|----------------------------------|--|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Souvent | <input type="checkbox"/> De temps en temps | <input type="checkbox"/> Rarement | <input type="checkbox"/> Jamais |
|----------------------------------|--|-----------------------------------|---------------------------------|
- Si oui, lesquelles ?

2-Pratiquez-vous des activités sportives (en club ou en autonomie) sur le territoire ?

- | | | | |
|----------------------------------|--|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Souvent | <input type="checkbox"/> De temps en temps | <input type="checkbox"/> Rarement | <input type="checkbox"/> Jamais |
|----------------------------------|--|-----------------------------------|---------------------------------|
- Si oui, lesquelles ?

3-Si non, pourquoi ?

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Coûts trop élevés | <input type="checkbox"/> Horaires inadaptés | <input type="checkbox"/> Manque de variété | <input type="checkbox"/> Pratique en dehors de la CC |
| <input type="checkbox"/> Ne souhaite pas pratiquer | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : | | |

4-Parmi ces activités/structures, lesquelles connaissez-vous/fréquentez-vous ?

	Je connais		Je fréquente	
La Filoche	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
La Piscine	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
L'école de musique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Les activités ados	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Le centre Jean L'hôte	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

5-Souhaiteriez-vous voir se développer une activité ou un équipement de loisirs/sport supplémentaire sur le territoire ?

Oui Non

Si oui, le(s)quel(s) :

6-Quelles thématiques vous intéressent le plus ?

- Musique Peinture Photographie Patrimoine, histoire Cinéma
 Théâtre Littérature Sciences Danse Actualité/Société
 Sport Autre :

V. MOBILITE

1-Quels moyens de locomotion utilisez-vous le plus souvent ? (Classez par ordre de priorité, « 1 » étant le moyen principal)

- Vélo Covoiturage
 Transports en commun. A pieds
 Deux-roues motorisés (scooter, moto...)
 Voiture Train/TER
 Autre :

2-Vous privilégiez ce mode de transport pour des raisons :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
a. De confort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. De coût	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. D'habitude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. De vitesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. D'écologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Autre (précisez) :				

3-« Je suis obligé d'utiliser ce mode de transport ». Vous êtes :

Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord Pas du tout d'accord

4-Si vous estimez être obligé d'utiliser ce mode de transport, pour quelle(s) raison(s) est-ce le cas ?

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
a. Pour raisons financières	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Par manque de services proposés sur le territoire (transport en commun)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Pour raisons physiques/médicales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Autre (précisez) :				

5-Connaissez-vous/utilisez-vous les réseaux suivants :

	Je connais		J'utilise			
	Oui	Non	Souvent	Rarement	De temps en temps	Jamais
T'MM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T'MM+	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sub Ouest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TED	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEDICOV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
6-« Les lignes et réseaux de bus sont suffisamment développés ». Vous êtes :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7-« Les horaires de bus ne sont pas assez adaptés à votre utilisation ». Vous êtes :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8-« Vous êtes intéressé par du covoiturage ». Vous êtes :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9-« Vous souhaiteriez davantage de voies et pistes cyclables ». Vous êtes :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VI. SANTE

1-Comment qualifieriez-vous votre état de santé ?

Insatisfaisant Peu satisfaisant Assez satisfaisant Satisfaisant

2-Avez-vous une couverture sociale ? Oui, sécurité sociale Oui, CMU Non

3-Avez-vous une complémentaire santé/mutuelle ? Oui Non

4-Vous arrive-t-il de renoncer à des soins ? Souvent De temps en temps Rarement Jamais

5-Si oui, pourquoi ? Cout trop élevé Praticien trop éloigné Délai trop long avant rdv
 Autre :

6- Généralement, combien de repas par jour prenez-vous (petit déjeuner/déjeuner/dîner) ? 1 2 3 et +

7-Si vous avez des enfants à charge, ils mangent à la cantine :

Régulièrement De temps en temps Souvent Jamais

8- Aide alimentaire. Vous sollicitez les structures suivantes :

	Régulièrement	De temps en temps	Rarement	Jamais
Banque alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Restos du cœur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CCAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secours populaire / catholique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres :				

8- Vous consommez les produits suivants :

	Régulièrement	De temps en temps	Rarement	Jamais
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stupéfiants (doux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stupéfiants (durs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VII. EMPLOI/REVENUS/FORMATION

1-Quelle est la situation actuelle de votre foyer ?

	Emploi	Chômage	Retraite	Congé parent	Etudes	Autre (précisez)
Vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ^{ème} occupant (conjoint, enfant...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2-Si vous êtes en emploi, quel est le type de contrat de travail ?

	CDI	CDD	Contrat aidé	Apprentissage	Intérim	Libéral	Fonction publique	Autre (précisez)
Vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ^{ème} occupant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3-Quelle est la nature des ressources régulières de votre foyer ?

	Salaire	Indemnités chômage	Retraite	Allocations familiales	Prestations sociales (RSA...)	Invalidité	Bourse d'études	Sans ressource	Autre (précisez)
Vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ^{ème} occupant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4-Dans quelle tranche de revenus mensuels nets situez-vous votre foyer ?

	< 500 €	500-799 €	800-999 €	1000-1499 €	1500-1999 €	2000-2999 €	>3000 €
Vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ^{ème} occupant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5-« Vous rencontrez des difficultés financières » Vous êtes :

- Tout à fait d'accord
 Plutôt d'accord
 Plutôt pas d'accord
 Pas du tout d'accord

6- Si vous rencontrez des difficultés financières, quel type de dépense réduisez-vous en priorité ?

- Alimentation
 Loisirs
 Loyer
 Santé
 Déplacements
 Autres (précisez) :

7-Quel est votre niveau d'études ?

- Aucun diplôme
 Brevet, BEPC
 CAP/BEP
 BAC
 Diplôme de l'enseignement supérieur

VIII. CITOYENNETE/VIE SUR LE TERRITOIRE

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
1-« Vous souhaiteriez pouvoir vous exprimer davantage sur la vie du territoire » (forum citoyen). Vous êtes :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2-« La vie politique locale ne vous intéresse pas ». Vous êtes :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-« Vous seriez intéressé par un système d'entraide local (échange de produits et services) ». Vous êtes :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4-« Vous ressentez un sentiment d'isolement »	<input type="checkbox"/> Régulièrement <input type="checkbox"/> De temps en temps <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Jamais			

IX. EDUCATION DES ENFANTS

1-« L'éducation des enfants est uniquement l'affaire des parents ». Vous êtes :

Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord Pas du tout d'accord

2-Etes-vous intéressé par le type de structures suivantes ?

	Très intéressé	Assez intéressé	Peu intéressé	Pas du tout intéressé
Services d'accueil, écoute et information des parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activités parents-enfants (atelier, sorties familles, jeux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Groupe de parole et d'échanges entre parents (café parents)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conférence-débats parents-professionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médiation familiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3-Rencontrez-vous des difficultés avec vos enfants dans les domaines suivants :

	Régulièrement	De temps en temps	Rarement	Jamais
Scolarité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportement/discipline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Violence (racket, bagarre...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Addiction (stupéfiants, réseaux sociaux, jeux...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygiène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handicap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres :				

4-En cas de difficultés avec vos enfants, avez-vous déjà ou solliciteriez-vous pour vous aider :

	Régulièrement	De temps en temps	Rarement	Jamais
L'autre parent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous gérez seul(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vos amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous ne savez pas qui solliciter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres :				

5-En cas de difficultés avec vos enfants, auprès de quel(s) professionnel(s) avez-vous déjà demandé ou demanderiez-vous de l'aide ?

	Régulièrement	De temps en temps	Rarement	Jamais
Médecin, pédiatre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologue, éducateur spécialisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enseignant, CPE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistant maternel, éducateur jeunes enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Animateurs (loisirs, sportifs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

X. INTERNET/INFORMATIQUE

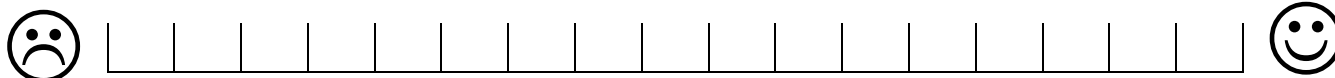
1-Avez-vous Internet à domicile ? Oui Non

2-Dans l'utilisation d'Internet et des outils informatique, vous êtes :

	Très à l'aise	Plutôt à l'aise	Peu à l'aise	Pas du tout à l'aise
Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outils informatiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Expression libre. D'après votre expérience du quotidien et les éventuelles difficultés rencontrées, comment serait-il possible d'améliorer votre vie sur le territoire ?

Globalement, sur l'échelle ci-dessous, comment évaluez-vous votre quotidien sur le territoire ?



Merci d'avoir rempli ce questionnaire.

Vous pourrez le déposer anonymement **avant le 31 août 2017** dans l'une des urnes prévues à cet effet à la Communauté de Communes Moselle et Madon ou dans les structures suivantes : La Filoche, la piscine, le Fil d'Ariane, l'Espace Emploi, les membres de l'équipe AnimAdos, ou en mairie.

Les résultats seront communiqués ultérieurement sur le site de la CCMM ou sur demande au 03 83 26 45 00. Afin de compléter la démarche, nous vous proposons si vous le souhaitez une rencontre avec notre Chargé de mission ABS pour un court entretien **anonyme** en face à face.

Contact : Johan Lamoussière
Chargé de mission Analyse des Besoins sociaux
CC Moselle Madon 145 rue du Breuil, 54230 Neuves-Maisons
Portable : 06 19 47 20 56
jlamoussiere@cc-mosellemadon.fr

