

À remplir pour toutes les personnes du foyer : une colonne par personne, y compris les enfants.
Si une personne ne peut absolument pas réaliser une des activités citées cochez la case : Oui, beaucoup pour cette activité.
Des consignes plus détaillées sont écrites au verso de la lettre.

Veillez remplir une colonne différente pour chaque personne	Personne 1	Personne 2	Personne 3	Personne 4
Prénom	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
① Sexe de la personne	Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/>	Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/>	Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/>	Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/>
② Année de naissance	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
③ Comment est l'état de santé général de la personne ?	Très bon <input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Mauvais <input type="checkbox"/> Très mauvais <input type="checkbox"/>	Très bon <input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Mauvais <input type="checkbox"/> Très mauvais <input type="checkbox"/>	Très bon <input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Mauvais <input type="checkbox"/> Très mauvais <input type="checkbox"/>	Très bon <input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Mauvais <input type="checkbox"/> Très mauvais <input type="checkbox"/>
④ La personne a-t-elle actuellement une ou plusieurs maladie(s) chronique(s) ou problème(s) de santé durable(s) ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
⑤ La personne est-elle limitée dans les activités qu'elle peut faire en raison d'un problème de santé ou d'un handicap ? (à la maison, au travail, à l'école...)	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>
⑥ La personne a-t-elle des difficultés pour voir les caractères ordinaires d'un article de journal (avec ses lunettes ou ses lentilles si elle en porte habituellement) ?	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>
⑦ A-t-elle des difficultés pour voir nettement le visage de quelqu'un à l'autre bout de la pièce (avec ses lunettes ou ses lentilles si elle en porte habituellement) ?	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>
⑧ A-t-elle des difficultés pour parler ?	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>
⑨ A-t-elle des difficultés pour entendre ce qui se dit au cours d'une conversation avec plusieurs personnes ?	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>
⑩ A-t-elle des difficultés pour monter un étage d'escalier ou marcher 500 mètres ?	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>
⑪ A-t-elle des difficultés pour lever le bras ? (par exemple pour attraper un objet en hauteur)	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>
⑫ A-t-elle des difficultés pour se servir de ses mains et de ses doigts (par exemple pour ouvrir une bouteille d'eau) ?	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>

Tournez la page pour la fin des questions 

13	Lorsqu'elle est debout, a-t-elle des difficultés pour se pencher et ramasser un objet ?	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>
14	A-t-elle des difficultés pour se concentrer plus de 10 minutes ?	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>
15	A-t-elle des difficultés pour se souvenir de choses importantes ?	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>
16	A-t-elle des difficultés pour prendre des initiatives dans la vie quotidienne ?	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>
17	A-t-elle des difficultés pour résoudre les problèmes de la vie quotidienne ? (comme se repérer sur un itinéraire ou compter l'argent)	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>
18	A-t-elle des difficultés pour sortir du domicile ?	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>
19	A-t-elle des difficultés pour comprendre les autres ou se faire comprendre des autres ? (en dehors des difficultés liées aux différences de langue)	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>
20	La personne est-elle dans l'impossibilité totale d'accomplir une ou plusieurs des activités citées précédemment (questions 6 à 19) . Par exemple une personne aveugle ne peut absolument pas voir les caractères ordinaires d'un article de journal.	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
21	En raison d'un problème de santé ou d'un handicap, reçoit-elle de l'aide d'une autre personne dans la vie quotidienne ?	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>
22	En raison d'un problème de santé ou d'un handicap, des aménagements du logement ont-ils été réalisés pour cette personne ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
23	En raison d'un problème de santé ou d'un handicap, utilise-t-elle régulièrement une prothèse, un appareillage ou une aide technique ?	ATTENTION : NE PAS TENIR COMPTE DES LUNETTES DENTIERES ET AUTRES PROTHÈSES DENTAIRES			
		NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
24	La personne considère-t-elle qu'elle a un handicap ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
25	La personne a-t-elle une reconnaissance officielle d'un handicap ou d'une perte d'autonomie (allocation, pension ou carte d'invalidité, admission dans un établissement spécialisé...) ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
26	Si c'est un enfant d'âge scolaire : Est-il inscrit dans une classe ou un établissement spécialisé en raison de problèmes de santé ou de difficultés d'apprentissage ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>

L'INSEE vous remercie d'avoir accepté de remplir avec soin ce questionnaire.

Réserve Code Barre

code barre utilisé pour la lecture optique