



QUESTIONNAIRE
A DESTINATION DES FAMILLES AVEC ENFANT(S) « 0-12 ans » HABITANT A MORLAIX

1. VOUS ET VOTRE FAMILLE

Etes-vous :

- La mère Le père Le responsable légal Autre (précisez)

Vivez-vous ?

- Seul(e) En couple Autre (précisez)

2. VOTRE/VOS ENFANT(S)

Age	Nombre d'enfants
Moins de 3 ans	
De 3 à 5 ans	
De 6 à 12 ans	
De 13 ans à 17 ans	
18 ans et plus	

Habitent-ils avec vous à votre domicile ? Oui Non

Si non :

- Garde alternée En institution En famille d'accueil Autre (précisez).....

3. VOTRE LOGEMENT

Habitez-vous dans :

- Une maison Un appartement Autre (précisez)

Depuis quand habitez-vous à MORLAIX ? - 1 an - 5 ans Entre 5 et 10 ans + 10 ans

Etes-vous ?

- Locataire Propriétaire Hébergé(e) Autre (précisez).....

Dans quel secteur ?

<input type="checkbox"/> Centre Ville	<input type="checkbox"/> Langolvas
<input type="checkbox"/> Coat Congar - L'Orée du Bois	<input type="checkbox"/> La Vierge Noire
<input type="checkbox"/> Coat Serho	<input type="checkbox"/> Les Ursulines - Le Jarlot - Route de Callac
<input type="checkbox"/> Kerfraval	<input type="checkbox"/> Rue Albert Le Grand - Le Logis Breton – Le Porsmeur
<input type="checkbox"/> Kernéguès	<input type="checkbox"/> Ploujean
<input type="checkbox"/> Kérozar	<input type="checkbox"/> Pors an Trez
<input type="checkbox"/> La Boissière	<input type="checkbox"/> Saint-Augustin
<input type="checkbox"/> La Madeleine - Pors Ar Bayec – Ty Dour	Autre (précisez) :

Votre logement est-il adapté aux besoins de votre famille ? Oui Non Si non, pourquoi ?

.....

Avez-vous un projet de déménagement ? Oui Non

Si oui, où ? Autre quartier de Morlaix (précisez le quartier) :

Autre commune (précisez la commune) :

Précisez pourquoi ?

4. LA SANTE DE VOTRE/VOS ENFANT(S)

Quels professionnels de santé fréquentez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

- Médecin Ophtalmologue Dentiste
 Pédiatre Psychologue Orthophoniste
 Autres.....

Renoncez-vous à certains soins ?

- Oui Non

Si oui, pour quelles raisons ?

- Coût Délai des rendez-vous
 Distance Absence de Sécurité sociale
 Difficultés à me déplacer Absence de Mutuelle /
 Démarches difficiles Complémentaire santé
 Autre (précisez).....

Vous sentez-vous suffisamment informé(e) concernant les soins ?

- Oui Non

Observations :

VOTRE ENFANT EN SITUATION DE HANDICAP

Si vous n'êtes pas concerné(e), passez à la question 5

Quel est son âge ?.....

Quel handicap ?

- Moteur Troubles du comportement Polyhandicap
 Auditif Troubles du langage et de la parole
 Visuel Intellectuel/psychique/mental

Autre (précisez)

A-t-il un dossier auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ?

- Oui Non Demande en cours

Avez-vous besoin d'un mode d'accueil adapté ? Oui Non

Avez-vous cherché un mode d'accueil ? Oui Non

Si oui, en avez-vous trouvé un ? A Morlaix Hors Morlaix

Observations :

5. LES MODES D'ACCUEIL DE VOTRE/VOS ENFANT(S)

Concernant les modes d'accueil, l'information est-elle accessible ?

Oui Non

Si non, pourquoi ?.....

5.1 ENFANT(S) DE MOINS DE 3 ANS

Modes d'accueil	Satisfait	Moyennement satisfait	Pas satisfait	Pourquoi ? Précisez la structure (besoins supplémentaires, tarifs, horaires, encadrement, fréquence...)
Assistant maternel indépendant				
Crèche familiale municipale				
Crèche collective/ Multi accueil				
Je garde moi-même mes enfants				
Je fais garder à mon domicile				
Famille, amis, voisins				
Garderie périscolaire				
Autre (précisez)				

Préférez-vous : Un mode d'accueil collectif ? Un mode d'accueil individuel ?

Observations :

5.2 ENFANT(S) DE 3 à 5 ANS

Modes d'accueil	Satisfait	Moyennement satisfait	Pas satisfait	Pourquoi ? Précisez la structure (besoins supplémentaires, tarifs, horaires, encadrement, fréquence...)
Assistant maternel indépendant				
Centre de loisirs				
Crèche familiale municipale				
Crèche collective/ Multi accueil				
Je garde moi-même mes enfants				
Je fais garder à mon domicile				
Famille, amis, voisins				
Garderie périscolaire				
Autre (précisez)				

5.3 ENFANT(S) DE 6 à 12 ANS

Modes d'accueil	Satisfait	Moyennement satisfait	Pas satisfait	Pourquoi ? Précisez la structure (besoins supplémentaires, tarifs, horaires, encadrement, fréquence...)
Assistant maternel indépendant				
Centre de loisirs				
Je garde moi-même mes enfants				
Je fais garder à mon domicile				
Famille, amis, voisins				
Garderie périscolaire				
Mes enfants se gardent seuls				
Autre (précisez)				

6. LA SCOLARITE DE VOTRE/VOS ENFANT(S)

Combien d'enfant(s) scolarisé(s) avez-vous ?

En maternelle..... En primaire..... Au collège.....
Au Lycée..... Etudes supérieures..... CNED.....

Avez-vous un enfant de moins de 3 ans scolarisé ? Oui Non

Dans la scolarité de vos enfants, quels points souhaiteriez-vous améliorer ?

Cantine Aide aux devoirs Horaires de la garderie

Activités périscolaires Transport Tarifs

Autre (précisez)

7. LES DEPLACEMENTS AVEC VOTRE/VOS ENFANT(S)

Quel est votre moyen de locomotion habituel ?

Voiture personnelle Covoiturage Transport en commun (car/bus/train...)

2 roues motorisées Vélo Marche à pieds

Autre (précisez)

Rencontrez-vous des difficultés de déplacement dans la commune pour les besoins quotidiens ?

(garde, accueil, scolarité, activités...)

Oui Non

Si oui, lesquelles et pourquoi ?

Quelle(s) solution(s) préconisez-vous ?

8. LES ACTIVITES DE VOTRE/VOS ENFANT(S)

Votre/Vos enfant(s) pratique(nt)-t-il(s) des activités sportives et/ou culturelles et/ou artistiques... ?

Oui Non

Si oui, quelles activités ?

Et dans quelles structures ?

Si non, pourquoi ? (coût, horaires inadaptés, manque de place...)

Ces activités sont-elles réalisées :

A Morlaix Hors Morlaix A Morlaix et hors Morlaix

Occasionnellement Régulièrement

Quand se déroulent-elles ?

9. VOTRE VIE QUOTIDIENNE

Quelles sont vos préoccupations principales, pour votre /vos enfant(s) ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Santé | <input type="checkbox"/> Organisation de la vie familiale et quotidienne |
| <input type="checkbox"/> Logement | <input type="checkbox"/> Déplacements |
| <input type="checkbox"/> Scolarité | <input type="checkbox"/> Activités périscolaires |
| <input type="checkbox"/> Modes d'accueil des enfants | <input type="checkbox"/> Activités (sport, culture, artistiques) |
| <input type="checkbox"/> Budget | <input type="checkbox"/> Education/rôle de parent |
| <input type="checkbox"/> Autre (précisez) | |
- Avez-vous suffisamment d'informations à ce sujet ? Oui Non (précisez)

Avez-vous d'autres besoins pour vos enfants ?

- Oui Non
- Si oui, lesquels ?.....
.....
.....

10. VOTRE SITUATION

Votre âge :.....

Votre situation professionnelle

Ne cochez qu'une case

- Emploi à temps complet
 Emploi à temps partiel
 Sans activité professionnelle
 Retraite
 Congé parental
 Mère ou père au foyer
 Etudes, formation
 Personne en situation de handicap
 Autre (précisez)
.....

La situation professionnelle de votre conjoint

Ne cochez qu'une case

- Emploi à temps complet
 Emploi à temps partiel
 Sans activité professionnelle
 Retraite
 Congé parental
 Mère ou père au foyer
 Etudes, formation
 Personne en situation de handicap
 Autre (précisez)
.....

Souhaitez-vous ajouter d'autres éléments (suggestions, remarques) ?

.....
.....
.....

Merci de retourner ce questionnaire avant le 15 décembre 2015

Vous pouvez le déposer dans l'une des urnes prévues à cet effet : à l'école, à la mairie, au CCAS de Morlaix, au Pôle Petite Enfance, à Toutouig, au Relais Parents Assistantes Maternelles, au Centre Départemental d'Action Sociale, dans les centres sociaux, de loisirs et d'animation (Morlaix Animation Jeunesse, Maison des Jeunes et de la Culture, Carré d'As, Ti An Oll, la Récré)

Pour toute information complémentaire, contactez le CCAS au 02 98 88 82 15.