

REPUBLIQUE DU NIGER
MINISTERE DES FINANCES ET DU PLAN
SECRETARIAT GENERAL
DIRECTION DE LA STATISTIQUE
ET DES COMPTES NATIONAUX

Département de Développement
Economique et Social des
Nations Unies

Programme des Nations Unies
Pour le Développement
Projet PADEM NER/89/011

**ENQUETE PERMANENTE DE CONJONCTURE
ECONOMIQUE ET SOCIALE
- 1995 -**

QUESTIONNAIRE MENAGE

Département :.....
Arrondissement :.....
Canton/Commune :.....
Village/Quartier :.....

ARR

U.P.

MEN.

Nom et Prénom du Chef de ménage :.....

Ménage de remplacement 1=OUI 0 =NON _____

Nom et Prénom d l'Enquêteur :.....

Nom et Prénom du Contrôleur :.....

Date de l'Enquête : _____

Date de Contrôle : _____

PARTIE 1 : COMPOSITION DU MENAGE

N°	Nom	N° d'ordre	Lien de parenté avec le chef de ménage	Situation de résidence	Sexe	Age	Lieu de Naissance	Etat matrimonial	Niveau d'instruction	Si Agé de moins de 26 ans et Niveau d'instruction est primaire ou secondaire		
Ordre	et Prénom	EPCES 94	1=CM 2=EFoux 3=Fils(ie) 4=PARent 5=PEtit(ie) 6=AUTres parents 7=SANs lien	1=PR/sent 2=ABsent 3=VIsiteur	1=Masc 2=Fémi	en années révolues	Quel est votre arrondissement de naissance? (Si Etranger inscrire le Pays)	1=CELibataire 2=Marlé(e) MONOgame 3=Marlé(e) POLYgame 4=VEUf(ve) 5=DIVorcé(e) 9=AUTres	0=AUCun 1=PRIm 2=SEC.I 3=SEC.II 4=SUP. 5=CORa 6=ALPHA	Avez-vous fréquenté l'école pendant l'année scolaire (93-94)? Si oui inscrire la classe ; Si non inscrire Non = 00	Fréquentation (94-95) Si Fréquentation inscrire la classe Si Non Pourquoi? 1= Fin ETudes 2= EMPloi 3= Frais SCOLarité ELévés 4= EXClusion 5= AVEEn INcertain 6= AUTres RAisons	
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇	C ₈	C ₉	C ₁₀	C ₁₁	C ₁₂	C ₁₃
0 1		___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___
0 2		___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___
0 3		___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___
0 4		___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___
0 5		___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___
0 6		___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___
0 7		___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___
0 8		___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___
0 9		___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___
1 0		___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___

PARTIE 1 : COMPOSITION DU MÉNAGE (suite)

N° Ordre	Nom et Prénom	N° d'ordre EPCES 94	Lien de parenté avec le chef de ménage 1=CM 2=EPouse 3=Fils(lle) 4=PARent 5=PEtit(te) Fils(lle) 6=AUTres parents 7=SANs lien	Situation de résidence 1=PRésent 2=ABsent 3=VIsiteur	Sexe 1=Masc 2=Fémi	Age en années révolues	Lieu de Naissance Quel est votre arrond de naissance? (Si Etranger inscrire le Pays)	Etat matrimonial 1=CELibataire 2=Marié(e) MONOgame 3=Marié(e) POLYgame 4=VEUf(ve) 5=DIVorcé(e) 9=AUTres	Niveau instruction 0=AUCun 1=PRIm 2=SEC.I 3=SEC.II 4=SUP. 5=CORa. 6=ALPHa	Si Agé de moins de 26 ans et Niveau d'instruction est primaire ou secondaire		
										Avez-vous fréquenté l'école pendant l'année scolaire (93-94)? Si oui inscrire la classe. Si non inscrire Non = 00	Fréquentation (94-95)	
											Si Fréquen tation inscri re la classe	Si Non Pourquoi? 1= Fin ETudes 2= EMPloi 3= Frais SCOLarité ELévés 4= EXclusion 5= AVEc INCertain 6= AUTres RAisons
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇	C ₈	C ₉	C ₁₀	C ₁₁	C ₁₂	C ₁₃
1 1		___ _ _	... _	___	... _ _ _ _	... _ _
1 2		___ _ _	... _	___	... _ _ _ _	... _ _
1 3		___ _ _	... _	___	... _ _ _ _	... _ _
1 4		___ _ _	... _	___	... _ _ _ _	... _ _
1 5		___ _ _	... _	___	... _ _ _ _	... _ _
1 6		___ _ _	... _	___	... _ _ _ _	... _ _
1 7		___ _ _	... _	___	... _ _ _ _	... _ _
1 8		___ _ _	... _	___	... _ _ _ _	... _ _
1 9		___ _ _	... _	___	... _ _ _ _	... _ _
2 0		___ _ _	... _	___	... _ _ _ _	... _ _

PARTIE 2 : CARACTERISTIQUES DE L'HABITAT

Demander les conditions actuelles d'habitat du ménage et celles d'il y a 12 mois si c'est un ménage de remplacement.

Condition d'habitat	Code	Quel est votre statut d'occupation du logement ? 1 = PROPriétaire 2 = LOCataire 3 = LOGE gratuitement 4 = Logement de FONction 5 = AUTres	Combien de pièces sont occupées par le ménage ?	Quels sont les matériaux de construction des murs de votre logement principal ? 1 = DUR 2 = SEMi-dur 3 = BANco 4 = PAille 5 = TENte 6 = AUTres	Quels sont les matériaux de construction du toit de votre logement principal ? 1 = BETon 2 = TOLe 3 = BANco 4 = PAille 5 = TENte 6 = AUTres	Quel est le type de lieu d'aisance utilisé par la plupart des membres de ménage ? 1 = W.C. moderne 2 = Latrine (W.C. traditionnel) 3 = Brousse 4 = AUTres	Quelle est votre principale source d'approvisionnement en eau à boire ? 1 = ROBinet dans la concession 2 = FONTaine publique, forage 3 = PUITs cimenté 4 = PUITs traditionnel 5 = FLEuve, Rivière, lac 9 = AUTres sources	Quelle est votre principale source d'éclairage ? 1 = électricité compteur INDividuel 2 = électricité compteur en COMMun 3 = PETrole 4 = BOUgie 5 = BOIs 6 = GROupes électrogènes 7 = AUTres sources	Quelle est votre principale source d'énergie pour la cuisson ? 1 = GAZ 2 = PETrole 3 = BOIs de chauffe 4 = ELECTricité 5 = Bouse de vache-tige de mil 6 = AUTres	Les habitations principales sont-elles clôturées ? 1 = OUI 0 = NON
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇	C ₈	C ₉	C ₁₀	C ₁₁
Situation actuelle	_____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
Situation Il y a 12 mois	_____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

PARTIE 3 : PATRIMOINE DU MÉNAGE

Patrimoine	Code	Quel est le nombre actuel de ce bien que possède le ménage ?	Si ménage remplacé, quel est ce nombre il y a 12 mois ?			Quel est le nombre actuel de ce bien que possède le ménage ?	Si ménage de remplacement, quel est ce nombre il y a 12 mois ?
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₁	C ₂	C ₃	C ₄
Champs	0 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Lampe à pétrole	1 4	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Maison	0 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Lit	1 5	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Parcelle	0 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Bibliothèque	1 6	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Télé couleur	0 4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Fauteuil, divan, canapé	1 7	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Télé noir sur blanc	0 5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Buffet	1 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vidéo	0 6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Voiture, camionnette	1 9	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Radio, radio cassette	0 7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Motoscyette	2 0	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Congélateur, réfrigérateur	0 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Vélo	2 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Climatiseur	0 9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Pirogue Charrette	2 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ventilateur	1 0	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
Cuisinière	1 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
Foyer amélioré	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
Réchaud à pétrole ou à gaz	1 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>				

PARTIE 4 : FECONDITE - MORTALITE

4.1. : NAISSANCE ET DECES DES ENFANTS DE MOINS D'UN AN AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS.

Au cours des 12 derniers mois y a-t-il eu des naissances dans votre ménage? 1=OUI 0=NON ☐

Si oui remplir le Tableau.

N° d'Ordre	Type de Naissance: 1= NAISSance Vivante 2= MORT Né	Survie des naissances vivantes 1=OUI 0=NON	N° d'Ordre (composition ménage) si l'enfant est toujours vivant	SEXE 1= Masculin 2= Féminin	N° d'Ordre de la Mère Nom et Prénom de la mère *Composition du ménage*	Lieu de l'accouchement 1= Centre Médical 2= Domicile Avec Matrône 3= Domicile Sans Matrône 4= AUTre	OBSERVATIONS
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇	C ₈
01 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
02 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
03 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

4.2. : DECES DES UN AN ET PLUS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

Au cours des 12 derniers mois y'a-t-il eu de décès dans votre ménage ? 1=Oui 0=Non ☐

Si oui remplir le tableau

Nom et Prénoms	N° d'Ordre dans EPCES 94	SEXE 1= Masculin 2= Féminin	Age en années révolues	ETAT MATRIMONIAL 1= Célibataire 2= Marié Mono 3= Marié Poly 4= Veuf(ve) 5= Autres	CAUSE DE DECES 1= Paludisme 2= Rougeole 3= Meningite 4= Accident 5= Autres à préciser	LIEU DE DECES 1= Centre de santé 2= Domicile 3= Autre	OBSERVATIONS
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8
	<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"/> <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"/>	
	<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"/> <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"/>	

PARTIE 5 : SITUATION D'ACTIVITE : Pour les membres du ménages âgés de 10 ans et plus remplir ce TABLEAU

N° d'Ordre	Nom et Prénom	Avez-vous travaillé au cours des 7 derniers jours ? 1=OUI 0=NON	Si NON en C ₃		Quelle est votre activité principale au cours des 12 derniers mois ?	Avez-vous changé d'activité principale au cours des 12 derniers mois ? 1=OUI 0=NON	Si OUI en C ₇	
			Cherchez-vous du travail ? 1=OUI 0=NON	Avez-vous déjà travaillé ? 1=OUI 0=NON			Pourquoi ? 1=MEILLEURE rémunération 2=STABILITÉ 3=ADEquat à la formation 4=PERTE d'emploi 5=RAISON de santé 6=AUTRES	Indiquez votre avant dernière activité (occupation) principale
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇	C ₈	C ₉
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	

PARTIE 6 : EMPLOI

6.1. ACTIF OCCUPE : remplir ce tableau pour toute personne ayant répondu OUI en C₃ de la Partie 5 "SITUATION D'ACTIVITE"

N° Ordre	Nom et Prénom	Quelle est votre activité au cours des 7 derniers jours ?	Quel est votre statut dans cette occupation ? 1= PAUVRE 2= INDISPOANT et détrece 3= SALARIÉ public 4= SALARIÉ Privé 5= AIDE familial 6= APPRENTI 9= AUTRE	le secteur d'activité
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6.2. ACTIF OCCUPÉ (suite) : Activité secondaire

N° Ordre	Nom et Prénom	Si Oui en C ₃				
		Exercez-vous une activité secondaire ? 1=OUI 0=NON	Quelle est cette activité secondaire ?	Quel est votre statut dans cette occupation secondaire ? 1= PATron 2= INDépendant et tâcheron 3= CONTRACTuel PUBLIC 4= CONTRACTuel PRIVé 5= AIDE familial 6= APPrenti 9= AUTres	Durant l'année combien de mois avez-vous exercé cette activité secondaire ?	Le secteur de l'activité secondaire
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇
_____	 _____ _____ _____	_____ _____ _____
_____	 _____ _____ _____	_____ _____ _____
_____	 _____ _____ _____	_____ _____ _____
_____	 _____ _____ _____	_____ _____ _____
_____	 _____ _____ _____	_____ _____ _____
_____	 _____ _____ _____	_____ _____ _____
_____	 _____ _____ _____	_____ _____ _____
_____	 _____ _____ _____	_____ _____ _____
_____	 _____ _____ _____	_____ _____ _____
_____	 _____ _____ _____	_____ _____ _____

6.3. ACTIF EN CHOMAGE : remplir ce tableau pour toute personne ayant répondu OUI en C₁ et OUI en C₅ de la partie 5 "SITUATION D'ACTIVITE" autres que les agriculteurs.

N° Ordre	Nom et Prénoms	Quelle était l'activité perdue?	Quel était votre statut dans cette occupation ? 1= PATRON 2= INDÉPENDANT et titulaire 3= SALARIÉ P.U.T. 4= SALARIÉ P.R.C. 5= Aide familial 6= Apprenti 9= AUTRES	Avez-vous une qualification ? 1= OUI 0= NON	Si oui en C ₃ laquelle	Depuis combien de mois êtes-vous en chômage ?	Quelle était la cause de votre chômage ? 1= FERMETURE de l'établissement 2= FIN de contrat 3= COUPRESSEION 4= RELOCATION 5= Raisons de santé 6= AUTRES	Quel moyen utilisez- vous pour la recherche d'un emploi ? 1= INSCRIPTION à la main d'oeuvre 2= RECHERCHE personnelle 3= AUTRES	Pensez-vous que votre situation va s'améliorer ? 1= OUI 2= NON 3= Sans avis
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇	C ₈	C ₉	C ₁₀
_____	 _____ _____	_____ _____	_____ _____ _____ _____
_____	 _____ _____	_____ _____	_____ _____ _____ _____
_____	 _____ _____	_____ _____	_____ _____ _____ _____

6.4. ACTIF EN QUÊTE DE PREMIER EMPLOI : remplir ce tableau pour toute personne ayant répondu OUI en C₁ et NON en C₅ de la partie 5 "SITUATION D'ACTIVITE"

N° Ordre	Nom et Prénoms	Avez-vous reçu une formation ou une qualification ? 1= OUI 0= NON	Si oui en C ₃ laquelle	Quelle activité soudiez-vous exercer ?	Depuis combien de mois vous êtes à la recherche de cet emploi ?	Quel moyen utilisez- vous pour la recherche d'un emploi ? 1= INSCRIPTION à la main d'oeuvre 2= RECHERCHE personnelle 3= AUTRES	Pensez-vous que votre situation va s'améliorer ? 1= OUI 2= NON 3= Sans avis
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇	C ₈
_____	 _____ _____ _____	_____ _____ _____
_____	 _____ _____ _____	_____ _____ _____
_____	 _____ _____ _____	_____ _____ _____

PARTIE 7 : SOINS MEDICAUX ET DEPENSES SANITAIRES : Au cours des 2 dernières semaines un des membres de votre ménage a-t-il souffert d'une maladie ou d'un accouchement ? 1 = OUI 0 = NON. ☐ . Si OUI remplir le tableau.

N°	De quoi a-t-il/elle souffert ?	«Nom» a-t-il/elle consulté un praticien ou un centre de santé ?	Si l'enquête a consulté un tradipraticien ou un centre de santé Quelles sont les dépenses afférentes effectuées au cours des 2 dernières semaines en FCFA ?			
			Consultation médicale (Honoraires)	Médicaments	Radio, Analyses et autres	Transport
Ordre	1=MALADIE 2=BLESSURE 3=ACCOUCHEMENT	0=NON 1=DISPENSARE 2=HOPITAL 3=MATERNITE 4=CABINET médical privé 5=PHARMACIE 6=INFIRMERIE 7=TRADIPRATICIEN 8=SECOURISTES/MATRONE 9=AUTRES				
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇
<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"/> <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"/>	<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"/>	<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"/> <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"/>	<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"/>	<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"/>
<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"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARTIE 8 : ACCES AUX SERVICES

Service	Quelle est la distance à parcourir pour se rendre au service le plus proche ? 1=Moins 1 km 2=De 1 à 2 km 3=De 2 à 5 km 4=De 5 à 10 km 5=de 10 à 30 km 6=Plus de 30 km	Est-ce que des membres de votre ménage utilisent ce service ? 1=OUI 0=NON	Si Oui en C ₃ quel moyen utilisez-vous habituellement pour vous rendre à ce service ? 1=A PIEDS 2=VELO/bicyclette 3=VELOMoteur 4=AUTOMobile 5=MONTure animale 6=CHARette 7=PIROgue 8=AUTres	Si Non en C ₃ pourquoi ? 1=Trop CHER 2=MANque de moyens financiers 3=Trop LOIN 4=MAUVaise qualité de service 5=PAS besoin 6=AUTres
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅
Marché <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Lieu d'approvisionnement en bois de chauffe <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Point d'eau moderne <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Point d'eau traditionnel <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Ecole Primaire <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Centre de Santé <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Arrêt du bus/taxi/taxi brousse <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

PARTIE 9 : DEPENSES DU MENAGE

9.1. DEPENSES MENSUELLES DE PRINCIPAUX PRODUITS CEREALIERS ET DU NIEBE

Produit	Code du produit	Le ménage a-t-il acheté de ce produit au cours des 30 derniers jours pour sa propre consommation ? 1=OUI 0=NON	Si Oui en C ₂		Par rapport à vos dépenses il y a 12 mois, ce montant est-il : 1=PLUS important 2=SENSiblement le même 3=MOINS important	Observations
			Quel est le montant total mensuel des dépenses ? en FCFA	Quelle est la durée prévisionnelle de consommation de ce produit en nombre de jours?		
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇
Riz	0 1	.....	_____	_____	.....
Mli	0 2	.....	_____	_____	.....
Sorgho	0 3	.....	_____	_____	.....
Maïs	0 4	.....	_____	_____	.....
Niébé	0 5	.....	_____	_____	.....

9.2. DEPENSES HEBDOMADAIRES DES PRINCIPAUX PRODUITS D'ACHAT COURANT

Produit	Code du produit	Le ménage a-t-il acheté de ce produit au cours des 7 derniers jours pour sa propre consommation? 1=OUI 0=NON	Si Oui en C ₃		Par rapport à vos dépenses il y a 12 mois, ce montant est-il : 1=PLUS important 2=SENSiblement le même 3=MOINS important	Observations
			Montant total des achats de la semaine en FCFA	Durée prévisionnelle en nombre de jours.		
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇
Condiments (soubala, piment, arôme, sel, tomate concentrée...)	0 6	.....	.....	.....	.....
Huiles	0 7	.....	.....	.....	.....
Viandes et volailles	0 8	.....	.....	.....	.....
Plats cuisinés consommés à l'extérieur	0 9	.....	.....	.....	.....
Eau de garoua	1 0	.....	.....	.....	.....
Produits d'hygiène (savon, Omo, détergent, Eau de javel...)	1 1	.....	.....	.....	.....
Bois de chauffe	1 2	.....	.....	.....	.....
Pétrole	1 3	.....	.....	.....	.....

9.3. DEPENSES BIMENSUELLES DE SANTE ET DE TRANSPORT EFFECTUEES PAR LE CHEF DE MENAGE

Produit	Code du produit	Le Chef de ménage a-t-il effectué ces dépenses au cours des 14 derniers jours ? 1=OUI 0=NON	Montant total des dépenses des 2 dernières semaines en FCFA	Par rapport à vos dépenses il y a 12 mois, ce montant est-il : 1= PLUS important 2= SENSiblement le même 3= MOINS important	Observations
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆
Dépenses de santé (médicaments, honoraires, radio, analyses...)	2 1	.....	_____	.....
Dépenses de transport en commun dans le département de résidence (taxi, bus, taxi brousse...)	3 1	.....	_____	.....
Dépenses de transport privé (carburant, entretien vélo, moto, véhicule, monture animale...)	3 2	.....	_____	.....

9.4. DEPENSES MENSUELLES REGULIERES DE LOGEMENT

Produit	Code du produit	Le ménage a-t-il utilisé un service au cours des 30 derniers jours? 1=OUI 0=NON	Le ménage a-t-il effectué ces dépenses au cours des 30 derniers jours ? 1=OUI 0=NON	Si Oui en C ₄ Montant total mensuel des dépenses en FCFA	Par rapport à vos dépenses il y a 12 mois, ce montant est-il : 1= PLUS important 2= SENSiblement le même 3= MOINS important	Si OUI en C ₅ et NON en C ₆ Combien devriez- vous payer ?	Observations
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇	C ₈
Loyer	5 1	....	....	_____	.....	_____
Eau courante (SNE)	5 2	....	....	_____	.....	_____
Electricité (Nigelec)	5 3	....	....	_____	.....	_____
Téléphone (OPT)	5 4	....	....	_____	.....	_____

9.5. : DEPENSES ANNUELLES EXCEPTIONNELLES

Demander au chef de ménage les dépenses suivantes effectuées pour "fête, cérémonie ou scolarité"

Ne rien inscrire dans les cases grisées

Dépenses	Code	Tahassi	Ramadan	Mariage et/ou Baptême	Autres Cérémonies	Scolarité (rentrée scolaire)
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇
Aliments	0 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Vêtements, chaussures et bijoux	0 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Location de chaises	0 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Location de moyens de transport	0 4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Colas - Dattes ...	0 5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Frais d'inscription	0 6					<input type="text"/>
Fourniture scolaire	0 7					<input type="text"/>
Mouton-chèvre	0 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Viande ou volaille	0 9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Autres dépenses	1 0	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Par rapport à vos dépenses il y a 12 mois, ce montant est-il : 1= En HAUsse 2= Même NIVEau 3= En BAIsse		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PARTIE 10 : REVENUS SALARIAUX, PENSIONS ET ALLOCATIONS FAMILIALES DES MEMBRES DU MENAGE

10.1. REVENUS SALARIAUX

Y-a-t-il des membres du ménage qui perçoivent des salaires mensuels ? 1= Oui 0=Non

Si Oui remplir le tableau suivant :

N° d'ordre	Numéro d'ordre de la personne salariée (Partie I composition du ménage)	Montant de son dernier salaire mensuel reçu en FCFA	Avez-vous reçu des primes ou heures supplémentaires au cours du dernier mois ? 1=OUI 0=NON	Si Oui en C ₂ quel montant avez-vous reçu en FCFA ?	Avez-vous reçu des avantages ou rémunérations en nature liés à votre activité ? 1=OUI 0=NON	Si Oui en C ₃ indiquer l'avantage: 1=Logement de fonction 2=Véhicule de fonction 3=Logement + véhicule 4=Nourriture 5=Autres avantages	Par rapport à son salaire il y a 12 mois, votre salaire tous indemnités et avantages compris est-il : 1=en hausse 2=au même niveau 3=en baisse 0=NON
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇	C ₈
0 1							
0 2							
0 3							
0 4							
0 5							
0 6							

10.2. PENSIONS, ALLOCATIONS FAMILIALES, PECULES, BOURSES ET ALLOCATIONS SCOLAIRES

Y-a-t-il des membres du ménage qui perçoivent des pensions, allocations familiales, pécules, bourses ou allocations scolaires ?

1=Oui 0=NON ☐

Si Oui remplir le tableau suivant :

N° d'ordre	Numéro d'ordre de la personne bénéficiaire (dans la Partie 1 composition du ménage)	Quel est l'origine de la source du revenu ? 1=Retraite civile 2=Retraite Militaire 3=Allocation Familiale 4=Pécule 5=Bourse 6=Allocation scolaire 7=Accident de travail 8=Autre	Quel est le montant net de la dernière perception en FCFA	Quelle est la période correspondante à cette dernière perception en nombre de mois ?	Quelle est la périodicité de la perception? (en nombre de mois)	Par rapport à son niveau il y a 12 mois, le montant perçu est-il : 1=en hausse 2=au même niveau 3=en baisse 0=NON concerné
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇
0 1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0 4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0 5	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0 6	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

PARTIE 11 : ENTREPRISES NON AGRICOLES GERÉES PAR LES MEMBRES DU MÉNAGE

Y-a-t-il des membres du ménage qui ont possédé un atelier, une entreprise, une affaire commerciale ou industrielle au cours des 12 derniers mois ?

1 = Oui 0 = Non Si Oui remplir le tableau suivant :

N° d'ordre de l'entreprise	Activité de l'entreprise	Numéro d'ordre de la personne responsable de la gestion de l'entreprise	Depuis combien d'années cette entreprise fonctionne-t-elle ou a-t-elle fonctionné ?	En combien de mois cette entreprise a-t-elle fonctionné au cours des 12 derniers mois ?	Cette entreprise existe encore en 1996 ? 1=OUI 0=NON	Si Oui en C ₆ , combien d'employés travaillent actuellement dans cette entreprise ?	Combien d'employés travaillaient dans cette entreprise il y a 12 mois ?
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇	C ₈
0 1
0 2
0 3
0 4

N° d'ordre de l'entreprise	Quel est le nombre de salariés payés par l'entreprise actuellement ?	Quel était ce nombre il y a 12 mois ?	L'entreprise utilise-t-elle un équipement spécial (machines, outils...) ? 1=OUI 0=NON	Si Oui C ₁₁ , l'entreprise a-t-elle acquis un nouvel équipement au cours des 12 derniers mois ? 1=OUI 0=NON	Par rapport à son niveau il y a 12 mois, l'équipement de cette entreprise est-il : 1=en hausse 2=au même niveau 3=en baisse 0=Non concerné	Quel est le chiffre d'affaires de votre entreprise en FCFA ?	Période correspondante 1=Jour 2=Semaine 3=Mois 4=Année	Par rapport à son niveau il y a 12 mois, votre chiffre d'affaires est-il : 1=en hausse 2=au même niveau 3=en baisse 0=Non concerné
C ₁	C ₂	C ₁₀	C ₁₁	C ₁₂	C ₁₃	C ₁₄	C ₁₅	C ₁₆
0 1
0 2
0 3
0 4

PARTIE 12 : ACTIVITE AGRICOLE DES MEMBRES DU MENAGE

12.1. ELEVAGE DU BETAIL ET/OU DE LA VOLAILLE

Y-a-t-il des membres du ménage qui ont possédé du bétail et/ou de la volaille au cours des 12 derniers mois ? 1 = Oui 0=Non ☐

Si Oui remplir le tableau suivant :

Espèces	Code	Combien de têtes votre ménage possède t-il actuellement ?	Comment a évolué ce nombre par rapport à il y a 12 mois ? 1= AUGmenté 2= INChangé 3= DIMinué	Avez-vous vendu de cette espèce au cours des 12 derniers mois ? 1=OUI 0=NON	Si Oui en C ₄ Combien de têtes avez-vous vendu au cours des 12 derniers mois ?	Si Oui en C ₄ quel a été le montant total des ventes par espèce ?
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇
Bovin	0 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ovin	0 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Caprin	0 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Camelin	0 4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Asin	0 5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Equin	0 6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lapin	0 7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Poule	1 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pintade	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pigeon	1 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Canard	1 4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autres volailles	1 5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

12.2. PRODUCTION AGRICOLE DU MENAGE

Y-a-t-il des membres du ménage qui ont exploité des champs au cours des 12 derniers mois ? 1 = Oui 0=Non ☐

Si Oui remplir le tableau suivant :

Cultures	Code	Le ménage a-t-il produit de cette culture au cours des 12 derniers mois ? 1=OUI 0=NON	Si Oui en C ₃ quelle a été la production du ménage en nombre d'unités de mesure ?	Unité de mesure utilisée 1=Botte 2=Tia 3=Sac	Poids moyen par unité de mesure (Kg)	Avez-vous vendu de cette production au cours des 12 derniers mois ? 1= OUI 0=NON	Si Oui en C ₇			Par rapport à l'avant dernière campagne cette production est-elle : 1=en hausse 2=au même niveau 3=en baisse 0=NON concerné
							Quel a été le montant total des ventes par culture ?	Quelle est la quantité vendue en nbre d'unité de mesure ?	Unité de mesure utilisée 1=Botte 2=Tia 3=Sac	
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇	C ₈	C ₉	C ₁₀	C ₁₁
Riz	0 1	.....	.....	..	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Mil	0 2	.....	.....	..	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Sorgho	0 3	.....	.....	..	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Maïs	0 4	.....	.....	..	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Niébé	0 5	.....	.....	..	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Arachide	0 6	.....	.....	..	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Coton	0 7	.....	.....	..	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Oignon	0 8	.....	.....	..	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Canne à sucre	0 9	.....	.....	..	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Poivron	1 0	.....	.....	..	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Vouandz ou	1 1	.....	.....	..	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Souchet	1 2	.....	.....	..	.....	.....	.....	.....	.....	.....

12.3 FACTEURS DE PRODUCTION AGRICOLE

Cultures	Code	Le ménage a-t-il utilisé de la main d'œuvre salariée au cours de la dernière campagne agricole ? 1=OUI 0=NON	Si Oui en C ₃ quel est le montant total payé par le ménage au cours de cette dernière campagne ?	Par rapport à l'avant dernière campagne ce montant payé est-il : 1=en hausse 2=au même niveau 3=en baisse 0=NON concerné	Le ménage a-t-il utilisé des engrais chimiques pour cette culture ? 1=OUI 0=NON	Si Non en C ₇ pourquoi ? 1= Trop cher 2= Non disponibles 3= Pas nécessaire 4= Ne sait pas les utiliser 5= MANque de moyens 6= AUTres	Avez-vous obtenu un crédit pour cette culture au cours des 12 derniers mois ? 1=OUI 0= NON	Si Oui en C ₈ où l'avez-vous obtenu ? 1= Banque 2= Coopérative 3= Particulier 4= Autres	Par rapport à l'avant dernière campagne la superficie cultivée est-elle 1= en hausse 2= au même niveau 3= en baisse 0= NON concerné	Si la superficie cultivée est en baisse quelle en est la cause principale ? 1= Manque de pluviométrie 2= Manque de main d'œuvre familiale 3= Désertification 4= Autres
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇	C ₈	C ₉	C ₁₀	C ₁₁
Riz	0 1	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Mil	0 2	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Sorgho	0 3	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Maïs	0 4	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Nièbé	0 5	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Arachide	0 6	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Coton	0 7	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Oignon	0 8	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Canne à sucre	0 9	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Poivron	1 0	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Vouandzou	1 1	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Souchet	1 2	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

PARTIE 13 :
VACCINATION DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS

N° Ordre	Nom et Prénom de l'enfant	Age de l'enfant en mois	Nom a-t-il un carnet de vaccination 1=OUI 0=NON	L'enfant est-il vacciné contre :									
				BCG	Dicoq 1	Dicoq 2	Dicoq 3	Polio 1	Polio 2	Polio 3	Rougeole	Fèvre jaune	VAM (Méningite)
				1=OUI 0=NON	1=OUI 0=NON	1=OUI 0=NON	1=OUI 2=NON	1=OUI 0=NON	1=OUI 0=NON	1=OUI 0=NON	1=OUI 0=NON	1=OUI 0=NON	1=OUI 0=NON
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇	C ₈	C ₉	C ₁₀	C ₁₁	C ₁₂	C ₁₃	C ₁₄
<input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

N° Ordre	Nom et Prénom de l'enfant	Poids en hectogrammes	Taille en cm	Périmètre brachial en cm	L'enfant a-t-il eu une diarrhée au cours des dernières 24 heures ? 1=OUI 0=NON	Maladies survenues au cours des deux dernières semaines			
						Diarrhée 1=OUI 0=NON	Un rhume, une toux 1=OUI 0=NON	Etat fébrile 1=OUI 0=NON	Autres maladies 1=OUI 0=NON
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇	C ₈	C ₉	C ₁₀
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PARTIE 15 : ALIMENTATION DES ENFANTS DE MOINS DE 3 ANS

N°	Nom et Prénom	L'enfant est-il encore allaité au sein maternel ?	L'enfant est-il allaité au biberon ?	Si Oui en C ₅ quel est le type de lait utilisé ? 1 = Lait en Poudre (de pharmacie) 2 = Lait de bétail 3 = AUTre lait	Quel est le type d'aliment de l'enfant ? 1 = Préparation SPÉciale 2 = Alimentation avec le MENage 3 = Alimentation MIXte 4 = Lait uniquement	Si l'enfant est sevré (Non en C ₅)		
						Quel est son âge au moment du sevrage en nombre de mois ?	L'enfant est-il allaité au biberon juste après le sevrage ? 1 = OUI 0 = NON	Si Oui en C ₆ quel est le type de lait utilisé ? 1 = Lait en Poudre (de pharmacie) 2 = AUTre Lait
Ordre	de l'enfant	1 = OUI 0 = NON	1 = OUI 0 = NON					
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇	C ₈	C ₉
<input type="text"/>	 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>	 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>	 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>	 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>	 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>	 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>	 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>