P4.S2.T1 Formulaire d’inscription

(à adapter)

L’objectif de l’enquête est de recueillir les informations sur la situation initiale des bénéficiaires sélectionnés pour le programme ME. Veuillez remplir ce questionnaire de la manière la plus précise qui soit. Une fois rempli, veuillez compléter les informations dans le **fichier Excel de la base de données ME**

Introduction

Voici un modèle du formulaire d’inscription pour la base de données du projet <nom>. Vos réponses sont volontaires et seront traitées de manière confidentielle.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **a** | **Nom chargé d’entretien** |  |
| **b** | Date de l’entretien | Jour |\_\_|\_\_| Mois |\_\_|\_\_| Année |\_\_|\_\_| |

# Informations personnelles

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1.1.** | **Numéro d’identification du bénéficiaire** | |\_\_|\_\_|\_\_| | Veuillez vous assurer que vous avez vérifié et enregistré le numéro d’identification du bénéficiaire avant de procéder à l’entretien |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.2.** | **Nom** | | | **Prénom** |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| **Nom de famille** |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| | | | | | | | | | | |
| **1.3.** | **Adresse actuelle** | | |  | | | | | | | | | | |
| **1.4.** | **Localité** | | |  | | | | | | | Zone rurale o Zone urbaine o  Zone périurbaine o | | | |
| **1.5.** | **Municipalité** | | |  | | | **1.6.** | **District/Province/Région** | | | | | |  |
| **1.7.** | **Numéro(s) de téléphone** | | |  | | | | |  | | | | | |
| **1.8** | **Sexe** | | | ¨ Homme  ¨ Femme | | | **1.9.** | **Âge** | | | | | |\_\_|\_\_| | |
| **1.10.** | **Type de propriété** | | Propriétaire o Locationo  Invité o Cohabitation o  Autres o | | | | **1.11.** | **Type de logement** | | | | | Appartement o Maison o  Chambre o Autre o | |
| **1.12.** | **Invalidité** | | | ¨ Oui ¨ Non | | | **1.13.** | **Si oui (cause)** | | Incapacité physique Déficience visuelle   Déficience auditive  Incapacité liée à la santé mentale  Autre  | | | | |
| **1.14.** | **Femme à la tête du ménage** | | | ¨ Oui ¨ Non | | **1.15.** | **Taille du ménage**  *(total des membres de la famille vivant dans la même maison, y compris la tête du ménage)* | | | | | | Total |\_\_\_\_\_\_\_\_|  Hommes |\_\_\_\_\_\_| Femmes |\_\_\_\_\_\_\_|  Enfants de 0 à 14 ans |\_\_\_\_\_\_\_|  Membres du ménage ayant un handicap |\_\_\_\_\_\_\_|  Personnes âgées > 60 ans |\_\_\_\_\_\_\_|  Femmes enceintes/allaitantes|\_\_\_\_\_\_\_| | |
| **1.16.** | **État civil** | ¨ Marié(e) (conjoint présent)  ¨ Marié(e) (conjoint non présent)  ¨ Divorcé(e)  ¨ Célibataire  ¨ Veuf ou veuve  ¨ Séparé(e) | | | | | **1.17.** | **Niveau d’éducation** | | | | ¨ Aucune éducation formelle/analphabète  ¨ École primaire  ¨ Lycée  ¨ Université  ¨ Autre | | |
| **1.18.** | **Statut juridique (uniquement pour le projet Migration)** | | | Résident.e(communauté d’accueil) o Personne déplacée à l’intérieur de son propre pays o Rapatrié(e) o Réfugié(e)o | | | | | | | | | | |
| **1.19.** | **Année d’arrivée dans la localité (uniquement pour le projet Migration s’il ne s’agit pas d’un membre de la communauté d’accueil)**  *(S’il ne s’agit pas d’un membre de la communauté d’accueil)* | | | | |\_\_|\_\_||\_\_|\_\_| | | **1.20.** | **D’où êtes-vous revenu(e)/avez-vous été déplacé(e)/avez-vous fui ? (uniquement pour le projet Migration s’il ne s’agit pas d’un membre de la communauté d’accueil)** | | | | | | District/Province/Région  |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|  Pays  |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| |

# Économie du ménage - revenus et dépenses

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2.1.** | **Principale source de revenus actuelle du ménage** | ¨ Salaire d’un emploi  ¨ Auto-entrepreneur·euse (pas de ME soutenu par le projet)  ¨ ME soutenu par le projet  ¨ Travail quotidien  ¨ Aide d’une organisation internationale/ONG  ¨ Envois de fonds d’amis et de la famille à l’étranger  ¨ Épargne personnelle  ¨ Prêt de la famille ou de proches  ¨ Activités agricoles  ¨ Élevage de bétail  ¨ Soutien familial  ¨ Aucune source de revenu | **2.2.** | **Deuxième source de revenu du ménage** | ¨ Salaire d’un emploi  ¨ Auto-entrepreneur·euse (pas de ME soutenu par le projet)  ¨ ME soutenu par le projet  ¨ Travail quotidien  ¨ Aide d’une organisation internationale/ONG  ¨ Envois de fonds d’amis et de la famille à l’étranger  ¨ Épargne personnelle  ¨ Prêt de la famille ou de proches  ¨ Activités agricoles  ¨ Élevage de bétail  ¨ Soutien familial  ¨ Aucune source de revenus |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2.3.** | **TOTAL des dépenses du mois dernier pour le ménage (**nourriture, produits hygiéniques, soins de santé/médicaments, services publics [gaz, carburant, eau, électricité, etc.], loyer, éducation) | <DEVISE> |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| |
| **2.4.** | **Revenu TOTAL du mois dernier pour le ménage** (toutes sources de revenus confondues : salaire d’un emploi, travail indépendant, travail journalier, aide d’organisations internationales/ONG, transferts de fonds d’amis et de famille à l’étranger, épargne personnelle, prêts) | <DEVISE> |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2.5.** | **Recevez-vous des versements ?** | | | | | ¨ Oui ¨ Non |
|  | **2.5.1.** | | **Si OUI, combien recevez-vous ?** | | <DEVISE> |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |
| **2.6.** | **Votre revenu suffit-il pour couvrir vos besoins essentiels ?** | | | | | ¨ Oui ¨ Non |
| **2.6.1.** | | **Si avez répondu non, à quels mécanismes de subsistance avez-vous recours pour couvrir vos besoins d’alimentation ?**  Veuillez cocher toutes les cases pertinentes | | * Réduire le nombre de repas quotidiens * Réduire les portions de vos repas * Achat de produits moins appréciés (dont le prix est plus bas et/ou la valeur nutritionnelle plus faible) * Réduction de la consommation de viande/poisson/œufs * Réduction de la consommation de légumes frais * Consommation de produits sauvages * Demander de la nourriture ou un autre type d’aide de vos amis ou vos proches * Réduire les quantités consommées par les adultes afin que les enfants puissent manger plus * Réduire les quantités consommées par les femmes et les filles au profit de l’homme et des enfants * Je ne sais pas * Aucune réponse | | |
| **2.6.2.** | | **Si avez répondu non, à quels mécanismes de subsistance avez-vous recours pour compléter vos moyens d’existence ?** | | * Vente de biens (radio, meubles, réfrigérateur, télévision, bijoux, etc.) pour couvrir vos besoins alimentaires * Vente d’actifs de production (outils, etc.) * Vente de moyens de transport (moto, etc.) * Vente d’animaux reproducteurs * Vente d’un plus grand nombre d’animaux (non productifs) que d’habitude * Vente de terrains * Réduction des dépenses prévues pour les intrants agricoles (semences, engrais) et le bétail pour l’achat de nourriture * Consommation des stocks de graines qui devaient être conservés pour la saison suivante * Déscolarisation des enfants * Réduction des dépenses essentielles non alimentaires comme celles liées à la santé, l’éducation | | |
| **2.7.** | **Avez-vous de l’épargne (avant de commencer l’activité) ?** | | | | | ¨ Oui ¨ Non |
|  | **2.7.1.** | | **SI OUI, combien d’argent avez-vous ?** | | <DEVISE> |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |
| **2.8.** | **Avez-vous des dettes (avant de commencer l’activité) ?** | | | | | ¨ Oui ¨ Non |
|  | **2.8.1** | | **SI OUI, combien d’argent avez-vous ?** | | <DEVISE> |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |
|  | **2.8.2** | | **SI OUI, lesquelles ?** | |  | |

# 2B. Évaluation de l’entrepreneur·euse

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2B.1.** | **Activité principale/ profession**  ***(avant la catastrophe/crise ou dans le lieu d’origine dans le cas des personnes déplacées/rapatriées/réfugiées)***  ***(adapter aux professions courantes dans la région)*** | | | * Élevage de bétail * Élevage de volailles * Production laitière * Pêche * Pisciculture (aquaculture) * Agriculture * Culture maraîchère (horticulture) * Apiculture * Foresterie * Petit commerce * Épicerie/Mini-marché (boissons, produits alimentaires, hygiène, articles ménagers non alimentaires) * Magasin d’alimentation * Boulangerie * Boucherie * Transformation des aliments (mise en conserve, emballage, décapage, séchage…) * Magasin de vêtements/accessoires * Snack/Café-restaurant * Restaurant/Traiteur * Hôtel/Maison d’hôtes * Magasin de pièces de rechange * Quincaillerie * Magasin d’électronique | | * Boutique d’articles divers * Boutique de téléphones portables et de cartes * Commerce de gros * Broyeur * Tailleur/Vêtements * Maçon * Forgeron * Peinture * Soudage * Charpentier * Cordonnier * Plombier * Arts et artisanat * Mécanicien * Salon de beauté, massage, bien-être… * Salon de coiffure pour hommes ou pour femmes * Transport (minibus, taxi, voiture, moto, vélo…) * Publication assistée par ordinateur/Internet/Téléphone * Sécurité/Entretien ménager * Autre (veuillez préciser) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| **2B.2.** | **Avez-vous un certificat ou un diplôme pour exercer cette profession ?** | | | | | | ¨ Oui ¨ Non | |
| **2B.3** | **Avez-vous des connaissances et/ou l’expérience requises pour gérer le projet de microentrepreneuriat pour lequel vous avez été sélectionné ?** | | | | | | | ¨ Oui ¨ Non |
|  | **2B.3.1** | **SI OUI, depuis quand êtes-vous en train de travailler sur le projet de micro-entrepreneuriat ?** | | | | |  | |
| **2B.4.** | **Êtes-vous actuellement engagé dans une activité similaire ?** | | | | | | | ¨ Oui ¨ Non |
| **2B.5** | **Disposez-vous déjà d’un actif qui peut/va être utilisé pour démarrer le projet ?** | | | | | | | ¨ Oui ¨ Non |
|  | **2B.5.1** | **SI OUI, lesquels ?** | | | | | | |
|  |  | **01** |  | | **04** |  | | |
|  |  | **02** |  | | **05** |  | | |
|  |  | **03** |  | | **06** |  | | |
| **2B.6.** | **Disposez-vous d’un espace pour réaliser votre projet ?** | | | | | | | ¨ Oui ¨ Non |
|  | **2B.6.1** | **SI OUI, où ?** | | |  | | | |
|  | **2B.6.2** | **SI NON, où souhaitez-vous établir votre lieu de travail ?** | | | ¨ Famille  ¨ Gouvernement  ¨ Espace en location  ¨ Autres \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |

# Informations sur le micro-entrepreneuriat

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3.1.** | **Raison sociale** |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3.2.** | **Secteur** | ¨ Agriculture ¨ Fabrication ¨ Services ¨ Commerce | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3.3.** | **Sous-secteur/Catégorie** | * Élevage de bétail * Élevage de volailles * Production laitière * Pêche * Pisciculture (aquaculture) * Agriculture * Culture maraîchère (horticulture) * Apiculture * Foresterie * Petit commerce * Épicerie/Mini-marché (boissons, produits alimentaires, hygiène, articles ménagers non alimentaires) * Magasin d’alimentation * Boulangerie * Boucherie * Transformation des aliments (mise en conserve, emballage, décapage, séchage…) * Magasin de vêtements/accessoires * Snack/Café-restaurant * Restaurant/Traiteur * Hôtel/Maison d’hôtes * Magasin de pièces de rechange * Quincaillerie | | | | | | | | * Magasin d’électronique * Boutique de téléphones portables et de cartes * Boutique d’articles divers * Commerce de gros * Broyeur * Tailleur/Vêtements * Maçon * Forgeron * Peinture * Soudage * Charpentier * Cordonnier * Plombier * Arts et artisanat * Mécanicien * Salon de beauté, massage, bien-être… * Salon de coiffure pour hommes ou pour femmes * Transport (minibus, taxi, voiture, moto, vélo…) * Publication assistée par ordinateur/Internet/Téléphone * Sécurité/Entretien ménager * Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| **3.4.** | **S’agira-t-il d’un groupe d’entreprises ?** | ¨ Oui  ¨ Non | | **4.4.1** | **Si OUI, quel est le nom du groupe ?** | | | |  | | | | | | | | |
| **4.4.2** | **Si OUI, veuillez préciser le nombre de groupes** | | | | |\_\_|\_\_|\_\_| | | **4.4.3** | **Si OUI, veuillez préciser le nombre de membres du groupe** | | | | |\_\_|\_\_| | |
| **3.5.** | **Quel est le statut actuel du ME ?** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ¨ Pas encore lancé | | ¨ En arrêt | | | | | ¨ Partiellement opérationnel | | | | | | | ¨ Entièrement opérationnel | |
| **3.6.** | **Si votre ME est partiellement ou complètement opérationnel, veuillez fournir les informations suivantes (indiquer 0 si votre ME n’a pas encore été lancé ou qu’il est en arrêt)** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3.6.1** | **Revenu mensuel (ventes)**  <DEVISE> | | | | | **3.6.2** | **Dépenses mensuelles pour maintenir/développer le** projet<DEVISE>. | | | | | | **3.6.3** | **Bénéfice net mensuel (gains)**  <DEVISE> | | | |
|  | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| **-** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | | | | | | | | | | | | **=** | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | | | |

# Commentaires et observations

|  |  |
| --- | --- |
| **Commentaires supplémentaires** |  |

# Signature

¨ Par la présente, j’accorde mon consentement à la <Société nationale>pour collecter, traiter et stocker mes données personnelles.

|  |  |
| --- | --- |
| **Prénom** |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| **Nom de famille** |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| | |
| **Signature du bénéficiaire** | **Lieu et date** |
| **Prénom** |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| **Nom de famille** |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| | |
| **Signature de l’agent de terrain** | **Lieu et date** |