1. **Mieux vous connaître**
   1. **Vous êtes :** Un homme  Une femme
   2. **Quel est votre âge ? ……………**ans
   3. **Quelle est votre commune de résidence ? *(Précisez le hameau ou lieu-dit, le cas échéant)****:* ………………………………………………………………………………………………………………
   4. **Avez-vous le permis de conduire :** Oui  Non
   5. **Considérez-vous avoir des difficultés à vous déplacer ? :** Oui  Non
   6. **Les déplacements pèsent-ils sur votre budget ? :** Oui, beaucoup  Oui, un peu  Non, pas particulièrement
2. **Véhicule**
   1. **Combien de voiture (s) y a-t-il dans votre foyer ? :** Aucune  1 2 3 ou plus
   2. **Quelle est la fréquence d’utilisation de votre véhicule ? :** Plusieurs fois par jour  1 fois par jour  2-3 fois par semaine 1 fois par semaine
3. **Votre activité**
   1. **Vous êtes :** Etudiant  Actif ayant un emploi  Retraité  Sans emploi

*Si vous êtes étudiant, aller directement en partie 4*

*Si vous n’êtes ni étudiant, ni actif ayant un emploi, se rendre partie 5*

* 1. **Combien de salariés compte votre entreprise ? :** Seul  Entre 2 et 10 salariés  Entre 10 et 20 salariés  Entre 20 et 50 salariés  Plus de 50 salariés
  2. **Avez-vous des horaires fixes ? :** Oui  Non
  3. **Votre activité peut-elle être pratiquée en télétravail ? :** Oui  Non

1. **Vos déplacements domicile-travail**
   1. **Quelle est la distance entre votre domicile et votre lieu de travail :** Habite sur place  Moins de 2 km  Entre 2 et 5 km  Entre 5 et 10 km  Entre 10 et 20 km  Plus de 20 km
   2. **Vous vous rendez au travail en :** Voiture  2 roues motorisées  Marche  Vélo  Bus, Car  Train
   3. **Si vous prenez la voiture, le stationnement sur votre lieu de travail est ? :** Facile  Compliqué certains jours  Compliqué régulièrement  Impossible
   4. **Pratiquez-vous du covoiturage pour aller au travail ? :** Oui  Non
2. **Vos déplacements autre que domicile-travail**
   1. **Combien de déplacements faites-vous par jour en moyenne *(hors domicile-travail)* ? :** Aucun  1  2  3  4  5 et plus
   2. **Quel moyen de transport utilisez-vous *(hors domicile-travail)* ? :** Voiture  2 roues motorisées  Marche  Vélo  Bus, Car  Train
   3. **Où allez-vous généralement en dehors de vos déplacements domicile-travail *(Préciser le(s) lieu(x))* ?...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**
3. **Vos attentes en termes de déplacements**
   1. **Connaissez-vous les offres de transport présentes sur votre territoire qui pourraient constituer une alternative à l’usage de votre véhicule particulier (Car, Transport à la demande…) ?** Très bien  Bien  Partiellement  Pas du tout
   2. **Si oui, que faudrait-il améliorer selon vous ? :**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Précisez** |
| l’information sur les horaires |  |
| l’accueil téléphonique (pour le Transport A la Demande (TAD)) |  |
| le délai de réservation (pour le TAD) |  |
| les destinations desservies |  |
| les horaires |  |
| le tarif |  |
| l’accès aux arrêts (traversées de chaussée, trottoirs…) ou leur localisation |  |
| le confort des arrêts (abri, banc) |  |
| la ponctualité |  |
| la durée du transport |  |
| la conduite des chauffeurs |  |
| l’ambiance à bord des véhicules |  |
| autre (précisez) : |  |

* 1. **Existe-t-il des déplacements que vous avez besoin de réaliser et que vous ne pouvez réaliser avec l’offre de mobilité actuelle ? :** Oui  Non
  2. **Si oui, le(s)quel(s) ? :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Déplacement souhaité n°1** | **Déplacement souhaité n°2** |
| **Commune de  départ** |  |  |
| **Commune de destination** |  |  |
| **Lieu de destination**  ***(ex : centre-ville, maison de santé…)*** |  |  |
| **Motif** | Achat, lèche-vitrines  Visite à parent(s) ou ami(s)  Soins  Recherche d’emploi  Travail  Formation, études  Loisirs  Autre, précisez : | Achat, lèche-vitrines  Visite à parent(s) ou ami(s)  Soins  Recherche d’emploi  Travail  Formation, études  Loisirs  Autre, précisez : |
| **Jour(s)** | Lundi  Mardi  Mercredi  Jeudi  Vendredi  Samedi  Dimanche | Lundi  Mardi  Mercredi  Jeudi  Vendredi  Samedi  Dimanche |
| **Fréquence** | Toutes les semaines hors vacances scolaires  Toutes les semaines des vacances scolaires  1 semaine par mois hors vacances scolaires  Autre : précisez : | Toutes les semaines hors vacances scolaires  Toutes les semaines des vacances scolaires  1 semaine par mois hors vacances scolaires  Autre : précisez : |
| **Plage horaire d’arrivée souhaitée** |  |  |
| **Plage horaire de retour souhaitée** |  |  |
| **Temps de parcours maximum accepté** |  |  |

* 1. **En général, avez-vous des difficultés à vous déplacer, liées à un problème de santé ?**

**Non**

**Oui, pourquoi ?**

Vous vous déplacez en fauteuil roulant

Vous marchez difficilement ou avec des béquilles

Vous avez des problèmes de vue

Vous avez des difficultés pour vous repérer

Autre, précisez : …………………………………………………………………………………….

**Merci pour votre contribution.**

**Vous pouvez déposer le questionnaire rempli en Mairie, ou le renvoyer par mail à l’adresse suivante :** [**transports@beauvaisis.fr**](mailto:transports@beauvaisis.fr)