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**