



**A. DONNEES GENERALES**

**A1 - Depuis combien d'années vivez-vous à l'adresse actuelle ?**   années

**A2 - Quelle est votre date de naissance ?** Le   /   /

**A3 - Quelle est votre commune de naissance ?**

Dans quel département est-elle située?   Dans quel pays ?

**A4 - Etes vous ?**  Un homme ?  Une femme ?

**A5 - Quelle est votre situation de famille actuelle ?**  Célibataire  Divorcé(e) ou séparé(e)  
 Marié(e) ou en vie maritale  Veuf(ve)

**A6 - Quel est le niveau de formation le plus élevé atteint (même si vous n'avez pas obtenu le diplôme) ?**

Aucune qualification  Brevet des collèges ou BEPC  Au delà de BAC+2, préciser ci-dessous :

Sur le terrain  BEP ou BEPA

Certificat d'étude  Bac ou Bac pro

CAP ou CAPA  BTS ou DUT

**B. HISTORIQUE PROFESSIONNEL**

**B1 - Quelle est votre situation professionnelle actuelle (vous pouvez cocher plusieurs cases, notamment si vous exercez plusieurs activités en même temps) ?**

Exploitant(e) ou co-exploitant(e) en activité  Salarié(e) en activité  Retraité (e)  
 Au chômage  En longue maladie  En arrêt de travail  
 Autre (merci de préciser dans le cadre) :

**B2 - Depuis quelle année êtes-vous dans cette situation ?**

**B3 - Pour chacun des emplois que vous avez exercés pendant plus d'une année, merci de compléter le tableau. N'oubliez pas d'indiquer également votre emploi actuel. Si vous avez des périodes où vous avez exercé plusieurs emplois en même temps, merci de les indiquer les uns après les autres. Si vous êtes retraité(e) merci d'indiquer les emplois occupés dans le passé**

	Année de début	Année de fin ou année en cours	Nom et commune de l'entreprise ou de l'exploitation agricole	Emploi exercé (nommer le de façon précise)	Quelles étaient vos principales tâches lors de cet emploi ?	
<b>Exemples</b>	Emploi 1	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Ferme X 14xxx Le village fleuri	Aide familial	Traite vaches
	Emploi 2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Conseil Général du Calvados 14000 Caen	Chauffeur de bus	Ramassage scolaire Conduite
	Emploi 3	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Ferme Y 14xxx Le long vallon	Exploitant	Traite vaches Traitement cultures Mécanique
Emploi 1	<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"/>		
Emploi 2	<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"/>		
Emploi 3	<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"/>		
Emploi 4	<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"/>		
Emploi 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"/>		
Emploi 6	<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"/>		
Emploi 7	<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"/>		

**B4 - Dans votre vie professionnelle, avez-vous réalisé les tâches suivantes ?**

	Non	Oui	Si oui, pendant combien d'années ?
Mécanique (hors vidange) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> années
Grosses réparations sur pulvérisateurs de pesticides ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> années
Entretien de pulvérisateurs de pesticides ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> années

**C. HISTORIQUE DES ACTIVITES AGRICOLES SUR EXPLOITATIONS (FERMES)**

**Avez-vous déjà travaillé sur une exploitation agricole ?**

- Non (Si non, passer au paragraphe D, page 5)
- Oui, **Merci de compléter les tableaux ci-dessous en n'oubliant pas de cocher Non pour chaque secteur de culture ou élevage dans lequel vous n'avez pas travaillé**

**C1 - Activités d'élevage**

Avez-vous travaillé dans les secteurs d'élevage suivant ?	Avez-vous réalisé <b>vous-même</b> les tâches suivantes ? (vous pouvez cocher plusieurs tâches)	Année de début	Année de fin ou année en cours	Nombre d'animaux	
				Minimum	Maximum
<b>Bovins :</b>					
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Soins animaux	<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="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Traite	<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="checkbox"/> Traitements insecticides (varonage, anti-mouches...)	<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="checkbox"/> Désinfection locaux	<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="checkbox"/> Désinfection du matériel de traite	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
<b>Moutons ou chèvres</b>					
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Soins animaux	<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="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Traite	<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="checkbox"/> Traitements insecticides	<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="checkbox"/> Désinfection locaux	<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="checkbox"/> Désinfection du matériel de traite	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
<b>Cochons :</b>					
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Soins animaux	<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="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Traitements insecticides	<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="checkbox"/> Désinfection locaux	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
<b>Chevaux :</b>					
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Soins animaux	<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="checkbox"/> Traitements insecticides	<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"/>
<b>Volailles :</b>					
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Soins animaux	<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"/>
Lesquelles ?	<input type="checkbox"/> Traitements insecticides	<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="checkbox"/> Poules/Poulets	<input type="checkbox"/> Désinfection locaux	<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="checkbox"/> Dindes/Dindons					
<input type="checkbox"/> Canards/Oies					

Autres élevages préciser ci-dessous dans le cadre) : lapins, pintades, abeilles, etc...	Année de début	Année de fin ou année en cours	Nombre maximum d'animaux	Quelles sont les principales tâches que vous avez réalisé <b>vous-même</b> ? (merci de préciser dans le cadre ci-dessous)
<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"/>

## C2 - Viticulture-Céréales-Prairies-Vergers-Serres-Autres cultures

Avez-vous travaillé dans les secteurs agricoles suivants ?	Avez-vous réalisé <b>vous-même</b> les tâches suivantes ? (vous pouvez cocher plusieurs tâches)	Année de début	Année de fin ou année en cours	Surface minimale (en ha)	Surface maximale (en ha)
<b>Prairies :</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Traitements herbicides <input type="checkbox"/> Foins	<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"/>
<b>Vigne :</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Petites façons (taille et autres travaux manuels) <input type="checkbox"/> Traitements pesticides ou herbicides <input type="checkbox"/> Vendange/cueillette <input type="checkbox"/> Travail au chai <input type="checkbox"/> Entretien espaces verts	<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"/>
<b>Maïs en grain ou pour ensilage :</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Traitements de semences à la ferme <input type="checkbox"/> Semis <input type="checkbox"/> Traitements pesticides ou herbicides <input type="checkbox"/> Moissons/Récoltes	<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"/>
<b>Blé ou orge :</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Traitements de semences à la ferme <input type="checkbox"/> Semis <input type="checkbox"/> Traitements pesticides ou herbicides <input type="checkbox"/> Moissons/Récoltes	<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"/>
<b>Pois fourragers ou féveroles :</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Traitements de semences à la ferme <input type="checkbox"/> Semis <input type="checkbox"/> Traitements pesticides ou herbicides <input type="checkbox"/> Moissons/Récoltes	<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"/>
<b>Betteraves sucrières ou fourragères :</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Traitements de semences à la ferme <input type="checkbox"/> Semis ou plantation <input type="checkbox"/> Traitements pesticides ou herbicides <input type="checkbox"/> Moissons/Récoltes	<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"/>
<b>Tournesol :</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Traitements de semences à la ferme <input type="checkbox"/> Semis <input type="checkbox"/> Traitements pesticides ou herbicides <input type="checkbox"/> Moissons/Récoltes	<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"/>
<b>Colza :</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Traitements de semences à la ferme <input type="checkbox"/> Semis <input type="checkbox"/> Traitements pesticides ou herbicides <input type="checkbox"/> Moissons/Récoltes	<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"/>

Avez-vous travaillé dans les secteurs agricoles suivants ?	Avez-vous réalisé <b>vous-même</b> les tâches suivantes ? (vous pouvez cocher plusieurs tâches)	Année de début	Année de fin ou année en cours	Surface minimale (en ha)	Surface maximale (en ha)
<b>Tabac :</b>	<input type="checkbox"/> Semis ou plantation	<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"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Traitements pesticides ou herbicides	<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"/> Cueillette/Récoltes	<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"/>
<b>Arboriculture (verger) : Cocher le</b>	<input type="checkbox"/> Taille	<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"/>
ou les arbres :	<input type="checkbox"/> Traitements pesticides ou herbicides	<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"/> Aucun	<input type="checkbox"/> Cueillette/Récoltes	<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"/> Pommiers	<input type="checkbox"/> Autres tâches (préciser dans le cadre)	<input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> Poiriers					
<input type="checkbox"/> Pruniers					
<input type="checkbox"/> Pêchers					
<input type="checkbox"/> Cerisiers					
<input type="checkbox"/> Autres					

Autres cultures	Année de début	Année de fin ou année en cours	Surface maximale cultivée	Quelles sont les principales tâches que vous avez réalisé <b>vous-même</b> ? (merci de préciser dans les cadres ci-dessous)
<b>Pommes de terre</b>				<input type="checkbox"/> Traitements de semences à la ferme <input type="checkbox"/> Plantation <input type="checkbox"/> Traitements pesticides ou herbicides <input type="checkbox"/> Récoltes <input type="checkbox"/> Autres tâches
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<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"/> ha	
<b>Autres cultures légumières en plein champs</b>				<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<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"/> ha	
<b>Cultures sous serres ou en tunnels</b>				<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<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"/> m <sup>2</sup>	
<b>Autres (préciser dans le cadre)</b>				<input type="text"/>
<input type="text"/>	<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"/> ha ou m <sup>2</sup>	

#### D. FONGICIDES OU INSECTICIDES OU HERBICIDES UTILISES DANS VOTRE VIE PROFESSIONNELLE

**D1 - Avez-vous utilisé des fongicides ou des insecticides ou des herbicides dans votre vie professionnelle ?**

- Non (passer au paragraphe F)  
 Oui

**D2 - Vous souvenez vous des noms de fongicides, herbicides ou insecticides utilisés dans votre vie professionnelle et sur quelles cultures ?**

- Non  Oui

☞ **Si oui**, merci de joindre une liste des produits employés (*sur une feuille à part*)

**D3 - Disposez-vous de tout ou partie de vos calendriers de traitement ?**

- Non  Oui

#### E. EQUIPEMENT DE PROTECTION INDIVIDUELLE

**Lors de l'utilisation de fongicides, insecticides ou herbicides dans votre vie professionnelle, portez-vous (ou portiez-vous) le ou les équipements de protection suivants ?**

- Non  Oui (Si oui, merci de compléter le tableau ci-dessous)

	Des gants imperméables ?	Une combinaison jetable ou en Tyvek® ?	Un masque avec cartouche filtrante ?
Jamais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quelquefois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A chaque utilisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis quelle année ?	<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"/>
Aux phases de préparation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aux phases d'application ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lors du nettoyage du pulvérisateur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F1.- Avez-vous utilisé du matériel de pulvérisation ?

Non (Si non, passer en F2)

(en dehors du matériel utilisé pour le traitement de la cour, des talus et des haies qui est évoqué à la question F2)

Oui

**Si oui, merci de compléter le tableau ci-dessous :** Une ligne est réservée pour le pulvérisateur à dos. Pour les autres matériels, remplir une ligne différente à chaque fois qu'il s'agit d'un matériel différent. *Exemple* : si vous avez utilisé un pulvérisateur porté avec une cuve de 1000 litres et un tracteur sans cabine de 1960 à 1980, cela sera le matériel 1, puis si vous avez utilisé le même pulvérisateur mais avec une cabine fermée de 1980 à 1990 cela sera le matériel 2 et enfin, si de 1990 à 2005 vous avez utilisé un pulvérisateur traîné avec une cabine fermée, cela sera le matériel 3. Si parallèlement vous avez utilisé un pulvérisateur à dos de 1980 à 2005, cela sera la ligne pulvérisateur à dos.

Type de matériel	Volume de la cuve (en litres)	Cultures traitées avec ce matériel	1ère année d'utilisation	Dernière année d'utilisation	Nbre de jours d'utilisation par an	Nbre de cuves préparées par jour	Surface traitée par jour (en ha)	Nettoyage du matériel	
Avez-vous utilisé un pulvérisateur à dos ?		<input type="checkbox"/> Vignes	<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"/> Jamais <input type="checkbox"/> 1 fois par an <input type="checkbox"/> Après chaque type de traitement <input type="checkbox"/> Après chaque utilisation	
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> litres	<input type="checkbox"/> Vergers	<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"/> Oui		<input type="checkbox"/> Serres	<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"/> Blé, maïs, colza, prairie, ...	<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"/>		
<b>Matériel 1</b>	Volume <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cuve portée	<input type="checkbox"/> Vignes	<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"/> Jamais <input type="checkbox"/> 1 fois par an <input type="checkbox"/> Après chaque type de traitement <input type="checkbox"/> Après chaque utilisation
		<input type="checkbox"/> Cuve traînée	<input type="checkbox"/> Vergers	<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"/> Tracteur enjambeur ou automoteur	<input type="checkbox"/> Serres	<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"/> Tracteur interlignes	<input type="checkbox"/> Blé, maïs, colza, prairie, ...	<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"/> Atomiseur							
<input type="checkbox"/> Autre (préciser ci-dessous) :	Tracteur avec cabine ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui								
<b>Matériel 2</b>	Volume <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cuve portée	<input type="checkbox"/> Vignes	<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"/> Jamais <input type="checkbox"/> 1 fois par an <input type="checkbox"/> Après chaque type de traitement <input type="checkbox"/> Après chaque utilisation
		<input type="checkbox"/> Cuve traînée	<input type="checkbox"/> Vergers	<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"/> Tracteur enjambeur ou automoteur	<input type="checkbox"/> Serres	<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"/> Tracteur interlignes	<input type="checkbox"/> Blé, maïs, colza, prairie, ...	<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"/> Atomiseur							
<input type="checkbox"/> Autre (préciser ci-dessous) :	Tracteur avec cabine ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui								
<b>Matériel 3</b>	Volume <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cuve portée	<input type="checkbox"/> Vignes	<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"/> Jamais <input type="checkbox"/> 1 fois par an <input type="checkbox"/> Après chaque type de traitement <input type="checkbox"/> Après chaque utilisation
		<input type="checkbox"/> Cuve traînée	<input type="checkbox"/> Vergers	<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"/> Tracteur enjambeur ou automoteur	<input type="checkbox"/> Serres	<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"/> Tracteur interlignes	<input type="checkbox"/> Blé, maïs, colza, prairie, ...	<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"/> Atomiseur							
<input type="checkbox"/> Autre (préciser ci-dessous) :	Tracteur avec cabine ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui								

**F2 – Avez-vous déjà utilisé des herbicides dans la cour, sur les talus ?**

Non (passer au paragraphe G)

Oui, quel était le type de pulvérisateur ?

Manuel porté sur le dos

Pulvérisateur sur tracteur avec utilisation d'une lance

Autre, préciser :

☞ Combien de fois par an l'avez-vous (ou les avez-vous) utilisé(s) ?    fois/an

**G. RESIDENCE DANS LA PETITE ENFANCE**

**G1 - Quelle était l'adresse de votre domicile durant votre première année de vie ?**

Numéro de rue    Rue

CODE POSTAL      VILLE

**G2 - Combien d'années avez-vous vécu à cette adresse ?**   années

**G3 - Ce domicile était-il situé sur une exploitation agricole ?**  Non  Oui

**Si oui :** quelles étaient les principales activités de cette exploitation ? (*vous pouvez cocher plusieurs activités*)

Prairies

Vignes

Verger

Autres (*préciser dans le cadre ci-dessous*) :

Serres

Maraîchage

Blé, orge, maïs, pois fourragers, colza, lin, betteraves, etc....

Elevage de :  Bovins  Moutons  Cochons  Volailles

**H. SANTE**

**H1 - Considérez-vous que votre santé actuelle soit ?**

Très bonne

Bonne

Moyenne

Mauvaise

Très mauvaise

**H2 - Merci de préciser dans le cadre :**

**H3 - Quelle est votre taille (en cm) ?**    cm

**H4 - Quel est votre poids habituel (en kg) ?**    kg

**H5 - Au cours des douze derniers mois, combien de fois êtes vous allé(e) ?**

	Pas du tout	1 à 2 fois	3 à 6 fois	7 à 12 fois	Plus de 12 fois
Chez le médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
À l'hôpital ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**H6 - Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez les maladies suivantes ?**

			Si oui, quel âge aviez-vous lorsqu'il vous l'a dit la première fois ?			
	Non	Oui	Moins de 20 ans	20-39 ans	40-60 ans	+ de 60 ans
Rhume des foins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eczéma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronchite Chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emphysème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie du poumon de fermier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarctus ou Angine de poitrine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du rythme cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertension Artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie de la Thyroïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie de la Rétine (ou de la macula)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie de Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie d'Alzheimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**H7 - Souffrez-vous de :** - Tremblements des mains ou des jambes ?

Non  Oui

▪ - Rigidité des bras ou des jambes ?

Non  Oui

- Lenteur ou d'enraidissement dans les gestes courants, la marche ou la parole ?

Non  Oui

**H8 - Avez-vous déjà été intoxiqué par un pesticide ?**

Jamais

Une fois

Plus de fois

**Si oui,** en quelle(s) année(s) ?

   
   
   

Suite à cette(ces) intoxication(s) :

- Avez-vous alors consulté un médecin ?

Non

Oui

▪ - Avez-vous alors été hospitalisé ?

Non

Oui

**I. HABITUDES DE VIE****I1 - Habituellement, combien de fois consommez-vous les aliments suivants ?** (Merci de ne cocher qu'une case par ligne)

	Jamais ou moins d'une fois par mois	Nombre de fois par mois	Nombre de fois par semaine
Laits et produits laitiers	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 ou 3 <input type="checkbox"/> 4 à 6 <input type="checkbox"/> 7 et+ <input type="checkbox"/>
Viande, volaille ou gibier	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 ou 3 <input type="checkbox"/> 4 à 6 <input type="checkbox"/> 7 et+ <input type="checkbox"/>
Abats (Foie, rognons, cervelle, langue, cœur, tripes)	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 ou 3 <input type="checkbox"/> 4 à 6 <input type="checkbox"/> 7 et+ <input type="checkbox"/>
Charcuterie (pâté, jambon, saucisson,...)	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 ou 3 <input type="checkbox"/> 4 à 6 <input type="checkbox"/> 7 et+ <input type="checkbox"/>
Poissons ou crustacés	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 ou 3 <input type="checkbox"/> 4 à 6 <input type="checkbox"/> 7 et+ <input type="checkbox"/>
Œufs	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 ou 3 <input type="checkbox"/> 4 à 6 <input type="checkbox"/> 7 et+ <input type="checkbox"/>
Céréales (pâtes, riz, semoule, ...)	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 ou 3 <input type="checkbox"/> 4 à 6 <input type="checkbox"/> 7 et+ <input type="checkbox"/>
Pain	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 ou 3 <input type="checkbox"/> 4 à 6 <input type="checkbox"/> 7 et+ <input type="checkbox"/>
Fruits crus ou cuits	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 ou 3 <input type="checkbox"/> 4 à 6 <input type="checkbox"/> 7 et+ <input type="checkbox"/>
Pommes de terre	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 ou 3 <input type="checkbox"/> 4 à 6 <input type="checkbox"/> 7 et+ <input type="checkbox"/>
Légumes secs (Lentilles, haricots secs, fèves, pois chiches,...)	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 ou 3 <input type="checkbox"/> 4 à 6 <input type="checkbox"/> 7 et+ <input type="checkbox"/>
Légumes crus ou cuits	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 ou 3 <input type="checkbox"/> 4 à 6 <input type="checkbox"/> 7 et+ <input type="checkbox"/>
Cidre	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 ou 3 <input type="checkbox"/> 4 à 6 <input type="checkbox"/> 7 et+ <input type="checkbox"/>
Bière	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 ou 3 <input type="checkbox"/> 4 à 6 <input type="checkbox"/> 7 et+ <input type="checkbox"/>
Vin	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 ou 3 <input type="checkbox"/> 4 à 6 <input type="checkbox"/> 7 et+ <input type="checkbox"/>
Apéritifs/digestifs	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 ou 3 <input type="checkbox"/> 4 à 6 <input type="checkbox"/> 7 et+ <input type="checkbox"/>
Boissons sucrées (soda...)	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 ou 3 <input type="checkbox"/> 4 à 6 <input type="checkbox"/> 7 et+ <input type="checkbox"/>

**I2 - Avez-vous déjà fumé des cigarettes, le cigare ou la pipe au cours de votre vie ?**  Non (passer au paragraphe J)  Oui

Si oui, en quelle année avez-vous commencé ?

Début en    **I3 - Quel est au total le nombre d'années où vous avez fumé ?**   années (merci de soustraire les années d'interruption)**I4 - Fumez-vous actuellement ?**  Non  Oui**I5 - En moyenne, combien fumez-vous (ou fumiez-vous) par jour ?**  cigarettes par jour   cigares par jour   pipes par jour**J. QUESTIONS A NE REMPLIR QUE SI VOUS ETES UNE FEMME****J1 - A quel âge avez-vous eu vos premières règles ?**   ans**J2 - Avez-vous déjà pris une pilule contraceptive ?**  Non  OuiSi oui, quel est au total le nombre d'années où vous avez pris une pilule contraceptive ?   années

(N'oubliez pas de soustraire les années d'interruption)

**J3 - Avez-vous déjà pris un traitement hormonal contre la stérilité ?**  Non  Oui**J4 - Combien de grossesses avez-vous eues au total (fausses couches incluses) ?**   grossesses

(Si vous n'avez jamais eu de grossesses, passer en J8)

**J5 - Combien d'enfants avez-vous eus ?**   enfants**J6 - En quelles années sont nés vos enfants (en commençant par le premier) ?**1<sup>er</sup>     2<sup>ème</sup>     3<sup>ème</sup>     4<sup>ème</sup>     5<sup>ème</sup>     6<sup>ème</sup>    **J7 - Combien d'enfants avez-vous allaités ?**   enfants

Si vous avez allaité un ou plusieurs de vos enfants, combien de mois au total ?

 Moins d'un mois  De 1 à 3 mois  De 4 à 6 mois  De 7 à 12 mois  Plus de 12 mois**J8 - Etes-vous ménopausée ?**  Non  OuiSi oui : depuis combien d'années n'avez-vous plus vos règles ?   annéesSi oui : avez-vous pris un traitement hormonal substitutif lors de la ménopause ?  Non  Oui**K. MERCI DE VOTRE PARTICIPATION, N'HESITEZ PAS A NOUS FAIRE PART DE VOS REMARQUES CI-DESSOUS :**
Comment ce questionnaire a-t-il été rempli ?  Par vous seul(e)?  Avec de l'aide?  Par une autre personne?Merci d'indiquer votre numéro de téléphone (facultatif)   /   /   /   /