**QUESTIONNAIRE (\*)**

* **Avez-vous déjà une complémentaire santé ? □ OUI □ NON**
* **Si OUI, souhaiteriez-vous en changer ? □ OUI □ NON**
* **Si vous n’avez pas de mutuelle santé ou si vous souhaitez en changer, pouvez-vous dire pourquoi ? (exemple : trop chère, ne correspond plus à ma situation, ne m’offre pas assez d’options…) :**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Composition du foyer** | **Age** | **Situation :**  (étudiant, salarié, retraité, profession libérale, agriculteur, …). |
| \_\_\_\_\_\_\_ **adulte(s)** | -  -  - | -  -  - |
| \_\_\_\_\_\_\_ **enfant(s)** | -  -  -  -  -  - | -  -  -  -  -  - |

**Souhaitez-vous être contacté(e) pour plus d’informations ?** □ OUI □ NON

**Si OUI, veuillez remplir vos coordonnées (\*) :**

**Nom : ………………………………………………………………… Prénom : ………………………………………………………**

**Adresse : …………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Tél : ……………………………………………………… Email : ……………………………………………………………………….**

***Questionnaire à retourner au CCAS (Mairie) avant le 30 JUIN 2021***

(\*) Ce questionnaire sera transmis à la « Mutuelle de Village » qui vous contactera pour vous donner tous les renseignements nécessaires à votre information et suivant votre situation.