**EVALUATION DES BESOINS ET DES COÛTS NÉCESSAIRES POUR FOURNIR DES SERVICES DE QUALITÉ DE PRÉVENTION ET DE PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS**

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
DIRECTION DE LA NUTRITION

INS-NIGER



# Fiche de dénombrement

**Région/code:…….. |__|**

**Département/code:……..……..……|__|__|**

**N° Village : ……...……..……..……|__|__|__|**

**Nombre de ménages dénombrés dans la Village : |__|__|__|**

| | N° ilot | N° Concession | N° ménage | Nom et Prénom du CM | Sexe du CM 1= M 2=F | Observations |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

**Nom de l'agent enquêteur :……** **Nom du chef d'équipe :……**