

DATE de CREATION :	DATE de MAJ : Cliquez ici pour entrer une date.	AUTEUR : Cliquez ici pour entrer une date.
---------------------------	--	---

NOM du DISPOSITIF : Cliquez ici pour entrer du texte.

<input type="checkbox"/> SANITAIRE	<input type="checkbox"/> SOCIAL	<input type="checkbox"/> MEDICO-SOCIAL
---	--	---

PARCOUR(S) ASSOCIE(S)	
<input type="checkbox"/> ENFANCE	<input type="checkbox"/> SANTE MENTALE
<input type="checkbox"/> ADOLESCENCE	<input type="checkbox"/> HANDICAP
<input type="checkbox"/> ADULTES	<input type="checkbox"/> PRECARITE/FRAGILITE
<input type="checkbox"/> PERSONNES AGEES	<input type="checkbox"/> MALADIE SPECIFIQUES (cancer, MND, myopathie, etc)
TYPE de DISPOSITIF	
<input type="checkbox"/> RELATIFS AU DOMICILE ET LIEU DE VIE	<input type="checkbox"/> ETABLISSEMENT MEDICO-SOCIAL
<input type="checkbox"/> ETABLISSEMENTS SANITAIRES	<input type="checkbox"/> ETABLISSEMENT SOCIAL
<input type="checkbox"/> ORGANISME PUBLIC	<input type="checkbox"/> ASSOCIATIFS/CARITATIFS
<input type="checkbox"/> AUTRES : Cliquez ici pour entrer du texte.	<input type="checkbox"/> DISPOSITIF DE COORDINATION

IDENTITE DE LA RESSOURCE
NOM : Cliquez ici pour entrer du texte.
ADRESSE : Cliquez ici pour entrer du texte.
TEL : Cliquez ici pour entrer du texte.
MAIL : Cliquez ici pour entrer du texte.
SITE WEB : Cliquez ici pour entrer du texte.
ZONE et POPULATION CIBLE
ZONE D'INTERVENTION GEOGRAPHIQUE : Cliquez ici pour entrer du texte.
POPULATION CIBLEE PAR LA RESSOURCE : Cliquez ici pour entrer du texte.
MISSIONS / COMPETENCES
Cliquez ici pour entrer du texte.

SUPPORTS DISPONIBLES	
<input type="checkbox"/> FLYERS	<input type="checkbox"/> PLAQUETTE
<input type="checkbox"/> FICHER INFORMATIQUE (diaporama, PP, ...)	<input type="checkbox"/> DEPLIANT
<input type="checkbox"/> FORMULAIRES DE SOLLICITATION	<input type="checkbox"/> LIVRES/OUVRAGES
<input type="checkbox"/> DOCUMENT DE SYNTHESE	<input type="checkbox"/> AUTRES :

REFERENT(S) DAC DE LA RESSOURCE et ARTICULATION

NOM et coordonnées de la personne rencontrée : Cliquez ici pour entrer du texte.

Cette personne est-elle le référent DAC de la ressource ?

OUI

NON

Si NON

NOM et coordonnées de la personne référente pour le DAC :

Cliquez ici pour entrer du texte.

Articulation de la ressource avec le DAC :

Cliquez ici pour entrer du texte.