|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATE de CREATION :** 00/00/2024 | **DATE de MAJ** : Cliquez ici pour entrer une date. | **AUTEUR :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**NOM du DISPOSITIF :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SANITAIRE** | **SOCIAL** | **MEDICO-SOCIAL** |

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

|  |
| --- |
| **IDENTITE DE LA RESSOURCE** |
| NOM : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| ADRESSE : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| TEL : Cliquez ici pour entrer du texte. |
| MAIL : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| SITE WEB : Cliquez ou appuyez 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 ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |  |
| --- | --- |
| **SUPPORTS DISPONIBLES** | |
| FLYERS | PLAQUETTE |
| FICHIER INFORMATIQUE (diaporama, PP, …) | DEPLIANT |
| FORMULAIRES DE SOLLICITATION | LIVRES/OUVRAGES |
| DOCUMENT DE SYNTHESE | 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 :** |