



<u>Lieu d'implantation choisi</u>	<u>Cadre Réservé CESD</u>
Adresse :	Dpt : <input type="checkbox"/> Zone Rouge <input type="checkbox"/> Zone verte
<input type="checkbox"/> Emplacement visible depuis l'axe passant avec branchements électriques, eau et évacuation	<input type="checkbox"/> Implantation possible
Nombre d'habitants sur la commune :	<input type="checkbox"/> < 2000 Habitants <input type="checkbox"/> > 2000 Habitants
Nombre de passages /jour sur l'axe routier principal :	<input type="checkbox"/> < à 5 000 <input type="checkbox"/> De 5 000 à 10 000 <input type="checkbox"/> > à 10 000
<input type="checkbox"/> Transports en communs présents et proches	<input type="checkbox"/> Transports en communs
Retombées de population : <input type="checkbox"/> Eté <input type="checkbox"/> Hiver	<input type="checkbox"/> Tourisme d'été <input type="checkbox"/> Tourisme d'hiver
<input type="checkbox"/> Sport <input type="checkbox"/> Musée(s) <input type="checkbox"/> Loisirs	<input type="checkbox"/> Activités
Logement à disposition : <input type="checkbox"/> Logement 2 adultes <input type="checkbox"/> Logement 4 personnes 2 adultes 2 enfants	<input type="checkbox"/> Logement couple <input type="checkbox"/> Logement famille

<u>Eléments du bassin de vie</u>	<u>Cadre Réserve CESD</u>
<input type="checkbox"/> Bar tabac : -Adresse : -Distance avec le lieu d'implantation choisi :	<input type="checkbox"/> Bar tabac
<input type="checkbox"/> Epicerie -Adresse : <input type="checkbox"/> Supermarché -Adresse :	<input type="checkbox"/> Commerce alimentaire
<input type="checkbox"/> Ecole primaire <input type="checkbox"/> Collège <input type="checkbox"/> Lycée	<input type="checkbox"/> Enseignement
<u>Eléments du bassin de soins</u>	<u>Cadre Réserve CESD</u>
Chirurgien-Dentiste : -Nombre : -Adresse :	<input type="checkbox"/> Chirurgien-Dentiste
Médecin : -Nombre : -Adresse :	<input type="checkbox"/> Médecin
Infirmier : -Nombre : -Adresse :	<input type="checkbox"/> Infirmier
Kinésithérapeute : -Nombre : -Adresse :	<input type="checkbox"/> Kiné
Maison médicale : Maison de santé pluridisciplinaire : -Nombres de Professionnels de santé : -Adresse :	<input type="checkbox"/> MSP
Pharmacie : -Nombre : -Adresse :	<input type="checkbox"/> Pharmacie
	Décision CESD <input type="checkbox"/> Dossier accepté <input type="checkbox"/> Dossier refusé