



Diagnostic

Création/reprise/développement d'activité ponctuelle

Titre du projet :

Chef de projet Création Reprise Développement

Nom : **Prénom :** **TEL :** **Dept :** 03 15 43 63

QPV/QVA Zone Rurale Innovation Insertion Impact local Social

DIAGNOSTIC DU PROJET :

<i>Analyse critique</i>	2	1	0	-1	-2	<i>Préconisations</i>
Adéquation personne-projet						
Motivations / Objectifs	<input type="checkbox"/>					
Contraintes	<input type="checkbox"/>					
Savoir-faire gestion-administratif - commercial	<input type="checkbox"/>					
Savoir-faire technique	<input type="checkbox"/>					
Etude de l'environnement						
Environnement global / réglementation / Besoin/ Demande	<input type="checkbox"/>					
Actions et déroulement	<input type="checkbox"/>					
Politique tarifaire	<input type="checkbox"/>					
Fournisseurs / Prestataires	<input type="checkbox"/>					
Public Visé	<input type="checkbox"/>					
Analyse localisation- emplacement	<input type="checkbox"/>					
Analyse des événements similaires	<input type="checkbox"/>					
Positionnement / Atouts / Impact	<input type="checkbox"/>					
Analyse des actions commerciales / Partenarial / Sponsoring / communication	<input type="checkbox"/>					
Analyse des Moyens Matériel/RH/local	<input type="checkbox"/>					

Analyse critique	2	1	0	-1	-2	Préconisations
Etude financière						
Cohérence du Budget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Appréciation des charges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Appréciation du recours à du co-financement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Appréciation du besoin en fonds de roulement / Trésorerie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Etude juridique						
Adéquation statut/ environnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres (autorisation/déclaration...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Besoins éventuels en formation, conseil ou suivi :						
APPRECIATION GENERALE DU PROJET / TOTAL : /40						
Atouts-facteurs clés de succès :						
Incohérences-zones d'ombre :						
Préconisations :						
Date	Avis : Favorable <input type="checkbox"/> Réservé <input type="checkbox"/> Défavorable <input type="checkbox"/>					<i>Cachet de l'organisme</i>
Structure établissant le diagnostic :						
Responsable :			Téléphone : Courriel :			