

PLAN DE GESTION RELATIF AU PERFECTIONNEMENT DES ENSEIGNANTES ET DES ENSEIGNANTS CSDL - SERL

**INSERTION PROFESSIONNELLE - VOLET ACCOMPAGNEMENT**

Nom de l'établissement _____ Année scolaire _____

LISTE DES ACCOMPAGNATEURS*Je m'engage à suivre les formations (3 journées) prévues pour être accompagnatrice ou accompagnateur.*

Nom et prénom	Signature	Date

Nom et prénom _____ (en lettres majuscules)

Signature de la présidente ou du président du conseil de participation enseignante _____

Date _____

Signature de la direction de l'établissement _____

Date _____

À compléter et retourner dès le début de l'accompagnement.

**EXPÉDIER PAR COURRIER INTERNE AU SERVICE DE L'ENSEIGNEMENT ET DE L'ADAPTATION SCOLAIRE
COMITÉ DE PERFECTIONNEMENT**