ANNEXE 5

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

INSERTION PROFESSIONNELLE – VOLET ACCOMPAGNEMENT

COMMISSION SCOLAIRE DE LAVAL

Syndicat de l'enseignement de la région de Laval

Nom de l'établissement _____ **Année scolaire** _____

LISTE DES ACCOMPAGNATEURS

Je m'engage à suivre les formations prévues : - la 1re année d'accompagnement : 3 journées
- les années subséquentes : 2 journées

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 SCOLARE COMITÉ DE PERFECTIONNEMENT