ANNEXE 5

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 AUX SERVICES COMPLÉMENTAIRES - COMITÉ DE PERFECTIONNEMENT