



INSERTION PROFESSIONNELLE - VOLET ACCOMPAGNEMENT BILAN



Nom de l'établissement _____ Année scolaire _____

ACCOMPAGNATRICE OU ACCOMPAGNATEUR	PERSONNE(S) ACCOMPAGNÉE(S)
	1)
<i>(nom et prénom en lettres majuscules)</i>	<i>(nom et prénom en lettres majuscules)</i>
<i>(signature)</i>	<i>(signature)</i>
	Durée de l'accompagnement (nombre de mois):
Date de remise du bilan : _____	2)
	<i>(nom et prénom en lettres majuscules)</i>
	<i>(signature)</i>
	Durée de l'accompagnement (nombre de mois):
	3)
	<i>(nom et prénom en lettres majuscules)</i>
	<i>(signature)</i>
	Durée de l'accompagnement (nombre de mois):
	4)
	<i>(nom et prénom en lettres majuscules)</i>
	<i>(signature)</i>
	Durée de l'accompagnement (nombre de mois):

TYPES D'ACTIVITÉS RÉALISÉES

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

Faites parvenir votre bilan au plus tard le 20 avril incluant les activités prévues jusqu'au 30 juin.

**EXPÉDIER PAR COURRIER INTERNE AUX SERVICES COMPLÉMENTAIRES -
COMITÉ DE PERFECTIONNEMENT**