

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 prévues : - la 1^{re} année d'accompagnement : 3 journées
- les années subséquentes : 2 journées*

Nom et prénom	Signature	Date

RÉPONDANT

Je serai répondant pour mon école et serai présent au Bilan (secteur : Jeunes et ÉA)

Oui Non

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 ÉDUCATIFS, SECTEUR JEUNES
COMITÉ DE PERFECTIONNEMENT**