

Projet de MOREA

COLLECTIF

***2016-2017***

## 

## À retourner signer par courrier à la DSDEN, sous le timbre IEN-IO et par courriel à :

[**mlds@ac-caen.fr**](mailto:mlds@ac-caen.fr) **avant le 30 SEPTEMBRE 2016**

**Représentant légal :**

Fonction : Identité :

Tél. : Adresse électronique :

**Responsable du suivi de l’action**

*(s’il diffère du représentant légal)*

Fonction : Identité :

Tél. : Adresse électronique :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pour le suivi de l’action | Pour l’établissement support de l’action | Pour le comité de réseaux FOQUALE |
| NOM :  Le  A  Signature du référent de l’action | NOM :  Le  A  Signature du chef d’établissement | NOM :  Le  A  Signature du représentant |

|  |  |
| --- | --- |
| **Pièces jointes au projet** | **Nombre de pages** |
| Emplois du temps |  |
| Calendrier prévisionnel d’alternance |  |
| Autres : …………………………………………………………………………..  …………………………………………………………………………………….. |  |

DESCRIPTIF DU PROJET

**DUREE**

# Date du début : Date de fin :

**PUBLIC**

- nombre de bénéficiaires maximum *:*

- nombre de garçons : nombre de filles :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom et prénom | Date de naissance | Diplôme préparé, série, spécialité |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**DESCRIPTION DU PROJET**

Objectif(s)

Emploi du temps et méthode pédagogique

Partenariat avec les entreprises

*LISTE DES INTERVENANTS PRÉVUS*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DOMAINE D’INTERVENTION** | **NOM et PRÉNOM** | **STATUT\* ET GRADE** | **NOMBRE D’HEURES PREVUES** | | |
|  |  |  | sur temps  de service | en  HSE | en vacations | |
|  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | |
|  | **TOTAL** |  |  |  |  | |

**\* titulaires, contractuels, vacataires**

**SYNTHÈSE**

|  |
| --- |
| **Moyens dégagés par l’établissement :** |
|  |

|  |
| --- |
| **Demande de moyens complémentaires MLDS SAIO** |
| * HSE : * Vacations : |

|  |
| --- |
| **Accord ou avis de l’IA-DASEN**   * Pédagogique : * Dérogation aux horaires   A……………………………….., le………………………….. |

|  |
| --- |
| **Avis du chef du SAIO et décision relative aux moyens éventuellement demandés par l’établissement pour les jeunes de 16 ans et plus.**   * HSE : * Vacations   A………………………………, le…………………………….. |

**EVALUATION DU PROJET A L’ISSUE DE L’ACTION**

**INDICATEURS SUIVIS** *(à renseigner au moment du bilan en fin d’année scolaire)*

**- bénéficiaires : répartition garçons/filles, niveau et formation d’origine**

**- devenir des bénéficiaires**

**- résultats aux examens**

**AUTRES INDICATEURS :** *à définir par l’établissement*