

AcTIONS MLDS 2015 /2016

SYNTHÈSE PÉDAGOGIQUE ET FINANCIÈRE

***SEPTEMBRE 2015 à AOÛT 2016***

## À retourner signé 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 2015*** *pour être soumis à la commission rectorale du 16 octobre*

**BASSIN D’ÉDUCATION :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * + - Chef d’établissement | | |
| * civilité, nom et prénom |  | |
| * EPLE support de l’action |  | |
| * adresse postale complète |  | |
| * téléphone / télécopie | Tél. : | Fax. : |
| * adresse électronique |  | |
| * + - Personne chargée du suivi de l’action | | |
| * civilité, nom et prénom |  | |
| * fonction |  | |
| * adresse électronique |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| * Nom de l’Action |  |
| * Dates de déroulement |  |

pièce jointe: ANNEXE FINANCIERE

autre pièce(s) jointe(s): *(précisez)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Pour le suivi de l’action MLDS** | **Pour l’établissement support**  **de l’action MLDS** |
| **NOM :**  **Le**  **à**    Signature du référent de l’action | **NOM :**  **Le**  **à**    Signature du chef d’établissement |

**DESCRIPTION SYNTHETIQUE DE L’ACTION**

*Pour décrire plus précisément les différentes actions proposées, merci de rédiger une fiche « annexe » (cf. modèle) pour chaque action.*

|  |
| --- |
| **PRÉSENTATION DU CONTEXTE JUSTIFIANT L’ACTION :**  **OBJECTIFS DE L’ACTION :** *Objectifs pédagogiques, critères d’évaluation de l’action, devenir des participants à l’issue de l’action*  **PUBLIC CONCERNE:** *Nombre de jeunes concernés, critère d’intégration dans l’action, suivi des participants …*  **LIEU(X) DE DÉROULEMENT DE L’ACTION** |

|  |
| --- |
| **DÉMARCHE PÉDAGOGIQUE ET ORGANISATION :**  *Présentation de la démarche, des contenus, des outils utilisés et de l’organisation pédagogique de l’action (n’hésitez pas à annexer des documents)* |

|  |  |
| --- | --- |
| * Nom de l’Action |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Synthèse des moyens demandés** | | | | | | |
| **TITRE 2 - nombre d’Heures d’enseignement** | | | | **HORS TITRE 2** | | |
|  | **HSE** | **vacations** | **TOTAL** | **fonctionnement** | **prestations** | **TOTAL** |
| **01/09/15 – 31/12/15** |  |  |  | € | € | **€** |
| **01/01/16 – 31/08/16** |  |  |  | € | € | **€** |
| **TOTAL année** |  |  |  | **€** | **€** | **€** |

|  |
| --- |
| **Avis de l’IA-DASEN sur le projet pédagogique et financier**  **Le : , à :** *(signature du IA-DASEN)* |

|  |
| --- |
| **Avis du chef du SAIO et décision relative aux moyens éventuellement demandés par l’établissement.**  **Le : , à :** *(signature du chef du SAIO)* |