

Coordinateur : Thierry LABREGERE

Organisation de scolarisation
À signer et à renvoyer le plus rapidement possible
(avant les interventions)

Année scolaire

<u>Élève :</u> Nom : _____ Prénom : _____ Adresse personnelle : _____ CP : _____ Commune : _____ N° tél : _____ N° portable : _____ e-mail : _____ École : _____ CP : _____ Commune : _____	
<u>Enseignant intervenant</u> Nom : _____ Prénom : _____ Établissement d'affectation : _____ CP : _____ Commune : _____ Discipline(s) : _____	
<u>Organisation de l'intervention</u> <input type="checkbox"/> cours dispensés à domicile <input type="checkbox"/> cours dispensés en établissement de santé <input type="checkbox"/> cours dispensés à l'école <input type="checkbox"/> autre lieu (<i>préciser</i>) <input type="checkbox"/> cours dispensés par visioconférence	
Jours de la semaine	Horaires (nombres d'heures allouées : _____)

Signature de l'enseignant,
Signature sur document papier ou saisir vos initiales sur document numérique