|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Service de l’École Inclusive**  [saisineSEI73@ac-grenoble.fr](mailto:saisineSEI73@ac-grenoble.fr%0d)  Affaire suivie par les CPD-Ash  et les Professeurs Ressource TSA et TND  DSDEN  131 avenue de Lyon  73018 Chambéry cedex  Date : ……/……/…………….. | **Demande de sensibilisation**  **ou de formation**  **par le Service de l’École Inclusive 73 (SEI)**   |  | | --- | | Fiche à adresser par e-mail au Service École Inclusive :  [saisineSEI73@ac-grenoble.fr](mailto:saisineSEI73@ac-grenoble.fr) | |

|  |  |
| --- | --- |
| **ÉTABLISSEMENTS CONCERNÉS** | |
| Nom :……………………………………  Adresse : ……………………………………………………………………………………………  Téléphone : ……../……../……../……../……..  Mail : …………………………………………………………………………………………………………………….  NOM et Fonction du rédacteur : ………………………………………………………………………………………………………… | Nom :……………………………………  Adresse : ……………………………………………………………………………………………  Téléphone : ……../……../……../……../……..  Mail : …………………………………………………………………………………………………………………….  NOM et Fonction du rédacteur : …………………………………………………………………………………………………………. |
| **PERSONNELS CONCERNÉS** | |
| * Enseignant Cycle 1 * Enseignant Cycle 2 * Enseignant Cycle 3 * Enseignant Cycle 4 (dans le cadre éventuel d’une liaison école-collège) * Coordonnateur ULIS * RASED * AESH * Personnel périscolaire (avec accord préalable de la Mairie) * Autre :   Nombre de personnes : ……………………………….. | |
| Référent de la demande sur la circonscription : | |
| **FORMATIONS SUIVIES PRÉCÉDEMMENT** | |
|  | |

|  |
| --- |
| **PRÉCISER LES ATTENTES DU COLLECTIF** |
| **Nb d’heures souhaitées : h** |
| ………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………………. |

|  |
| --- |
| **RETOUR DE LA CIRCONSCRIPTION** |
| Nombre d’heures dédiées : …………………… Lieu : …………………………………………….  **Cadre d’intervention :**  🞎 Animation pédagogique Projet spécifique  🞎 Constellation  🞎 REP +  🞎 Résidence  🞎 Autre : ………………………………………….. |
| **AVIS IEN** |
| **NOM** de l’IEN : ……………………………………………………………  **Avis** de l’IEN :  Favorable Défavorable  **Date : Signature :** |