

FICHE DE PRESENTATION ET D'AIDE A LA CONSTRUCTION D'UN PROJET PSPS

A transmettre au minimum 45 jours (hors vacances scolaires) avant le début des activités.

Nous vous remercions de bien vouloir compléter dactylographiquement ce document et d'utiliser la version de l'année scolaire en cours, téléchargeable à partir du site de l'Unité PSPS :
www.vd.ch/themes/formation/sante-a-lecole/projets-psps/formulaires-et-demarches/

Réservé à l'Unité PSPS

Somme et/ou POC alloué :				Date séance :		N° :		☐ Site
Titre du projet :								
Nom d'établissement :								
Réfèrent-e du projet (<i>Exclusivement un-e délégué-e PSPS ou un-e infirmier-e scolaire</i>) :								
Nom, prénom :					Fonction :			
E-mail :					Téléphone :			

Date de début de la 1 ^{re} activité :	Date de fin du projet :
--	-------------------------

Domaine du projet

Thème : <i>Quel est le thème <u>principal</u> de la démarche en lien avec les objectifs ci-dessous ? (Une seule réponse possible)</i>
* Programme prioritaire « Prévention des dépendances » sylvie.bonjour@vd.ch cheffe de projet – 021 623 33 24
** Programme prioritaire « Activité physique et alimentation équilibrée » laurence.margot@avasad.ch coordinatrice – 079 159 06 63

Description du projet

3 éléments de contexte qui expliquent la mise en place du projet :	1. 2. 3.
3 objectifs visés par le projet :	1. 2. 3.

Présentation de projet PSPS

3 indicateurs susceptibles de montrer que le projet a amélioré la situation	1. 2. 3.
Etapas et activités prévues : animations, ateliers, expositions, conférences, théâtre, etc. (<i>développer...</i>)	

Organisation

Dimension du projet	Etablissement	Bâtiment	Une ou plusieurs classes
Population concernée	Nbre d'élèves : Nbre d'enseignants : Parents, si oui, le nbre :	Nbre de classes : Autre :	Degré, cycle :

Participation

De quelle(s) manière(s) les élèves ont été associés au projet ?	
Quels partenaires externes à l'école ont été sollicités pour le projet :	

Présentation de projet PSPS

Commentaires, informations complémentaires

Préavis – Equipe PSPS

Délégué-e PSPS

Titre : Prénom :

Nom

Adresse courriel :

Date :

Visa :

Infirmier-e scolaire

Titre : Prénom :

Nom

Adresse courriel :

Date :

Visa :

Décision – Directeur-trice

Titre : Prénom :

Nom

Adresse courriel :

Date :

Signature :