|  |
| --- |
| **Réservé à l’Unité PSPS** |
| N° :       | Date de séance :       |

**Présentation de Projet PSPS et demande de subside**

**Document à renvoyer dactylographié au secrétariat de l’Unité PSPS par courriel à l’adresse suivante :** [**unite.psps@avasad.ch**](http://)

Copie à [alexandra.papastefanou@vd.ch](http://) et [jennifer.lugon@avasad.ch](http://)

Pour les établissements lausannois de la scolarité obligatoire:

Copie à [valerie.guillemat@lausanne.ch](http://)

**Mandant du projet**

|  |
| --- |
| **Nom de l’établissement :**      **Référent∙e du projet dans l’établissement** Nom, Prénom :      ,       Fonction : Courriel :       Téléphone :      |

**Informations principales du projet**

|  |
| --- |
| **Titre :** Thématique principale : Sous-thématique :       |
| Date de début de la 1ère activité *(XX.XX.XX)* :       Date de fin de projet *(XX.XX.XX)* :       |

**Description du projet**

|  |  |
| --- | --- |
| Le projet en bref |       |
| Contexte général de l’établissement  |       |
| Besoins identifiés |       |
| Processus d’analyse des besoins des élèves |       |
| Objectifs du projet  |       |
| Indicateurs |       |
| Bilan planifié  |       |

**Déroulement / étapes du projet** *(possibilité de joindre un document annexé)*

|  |
| --- |
|       |

**Participation et organisation**

|  |  |
| --- | --- |
| Dimension du projet | [ ]  Etablissement [ ]  Bâtiment(s) [ ]  Volée(s) [ ]  Classe(s) |
| Population concernée | Nombre d’élèves :       Nombre de classe(s) :      Degré(s) scolaire(s) :       |
| Participation des élèves :de quelle(s) manière(s) les élèves ont été associé∙e∙s au projet ? |       |
| Personnes adultes impliquées dans l’établissement et degré(s) d’implication |       |
| Partenaires externes à l’école et degré(s) d’implication  |       |
| Collaborateur(s) et/ou collaboratrice(s) de l’Unité PSPS impliqué∙e(s)  |       |

**Historique**

|  |  |
| --- | --- |
| Le projet a-t-il déjà été mené dans l’établissement ? Si oui, expliquer en quoi il est nécessaire de le renouveler et si des modifications ont été apportées.*Joindre bilan*(*s) si pertinent*(*s)* |       |
| Autres projets de promotion de la santé et de prévention (même hors subside de l’Unité PSPS) durant l’année scolaire en cours ? |       |
| Lien(s) fait(s) entre les projets PSPS sur l’année |       |
| Communication(s) prévue(s) sur les projets PSPS à la communauté scolaire (élèves et adultes) |       |

**Commentaires, informations complémentaires** (possibilité de joindre un document annexé)

|  |
| --- |
|       |

**Coût et devis**

|  |  |
| --- | --- |
| Détails et coût : matériel demandé Joindre un devis. |       |
| Total matériel : CHF       |
| Détails et coût : intervention(s) par le(s) prestataire(s) externe(s)Nom(s), prénom(s) et qualité(s)Joindre un devis. |       |
| Total prestataire(s) externe(s) : CHF       |
| Coût total du projet  | CHF       |
| Détail et coût : soutien financier autre que l’Unité PSPS (établissement, commune, etc.) |      CHF       |
| Montant total demandé à l’Unité PSPS  | CHF       |

**POC/PSO demandées**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom**  | **Prénom** | **Fonction**  | **Nombre de POC/PSO** |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
| *Si plus de 5 personnes, merci de les mentionner dans une liste annexe.*  |
| **Activités prévues dans le cadre des POC/PSO demandées :**      |

**Signatures**

|  |
| --- |
| **Délégué∙e PSPS**Prénom :       Nom :      Courriel :       Signature : **Infirmier ou infirmière scolaire**Prénom :       Nom :      Courriel :       Signature :  |
| Indiquer quel∙le(s) autre(s) membre(s) de l’équipe PSPS et/ou équipe élargie (PPLS, etc.) collabore(nt) sur ce projet – prénom(s), nom(s) et fonction(s)  |       |
| **Directeur ou directrice** Prénom :       Nom :      Courriel :       Signature :  |