

## DEMANDE DE SUBSIDE

**Un délai absolu de paiement des factures est fixé au terme de l'année civile durant laquelle le projet a été mené. Passé ce délai, la prétention au remboursement sera caduque.**

**Document à joindre à la « Fiche de présentation et d'aide à la construction d'un projet PSPS »  
si un soutien financier est demandé.**

### Rappel d'information

Titre du projet :	Nom d'établissement :
-------------------	-----------------------

### Intervenants internes à l'établissement

Des POC/PSO peuvent être attribuées aux enseignant-e-s pour le temps passé à la préparation et la réalisation d'un projet PSPS, uniquement si une décharge n'est pas déjà attribuée pour ce travail. Les membres des équipes PSPS n'y ont pas droit, toutes les activités PSPS faisant partie de leur mandat.

Nom	Prénom	Fonction	Nbre de POC/PSO

*Si plus de 5 personnes, merci de les mentionner sur une liste annexe.  
(1 POC DGEO : 105 min. / 1 PSO DGEP : 120 min.)*

**Merci de mentionner les activités prévues dans le cadre des POC/PSO demandés :**

**Dès que le projet PSPS est terminé, le formulaire « Récapitulatif des POC/PSO et des factures suite au projet PSPS » doit nous être adressé dans un délai de 45 jours.**

**Intervenants externes à l'établissement**

Nom-s et qualité-s des intervenants extérieurs :

Détail du coût des intervenants extérieurs (joindre devis, obligatoirement) :

**Coût global des intervenants extérieurs : Fr.****Matériel**

Détail du coût du matériel (joindre devis, obligatoirement) :

**Coût global du matériel : Fr.****Totaux****Coût total du projet PSPS (intervenants + matériel) Fr.**Soutien de financement envisagé par l'établissement (institutions, communes, etc) **Fr.****Subside demandé à l'Unité PPS : Fr.****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 :