

FICHE DE PRESENTATION ET D'AIDE A LA CONSTRUCTION D'UN PROJET EDD - 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° :	<input type="checkbox"/> Site
Titre du projet :			
Nom d'établissement :			
Référent-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 ^e activité :	Date de fin du projet :
---	-------------------------

Domaine du projet

Thème : *Quel est le thème principal de la démarche en lien avec les objectifs ci-dessous ? (Une seule réponse possible)*

Description du projet

3 éléments de contexte qui expliquent la mise en place du projet :	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3.
3 objectifs visés par le projet :	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3.

Présentation de projet PSPS

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

Organisation

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

Participation

<p>De quelle(s) manière(s) les élèves ont été associés au projet ?</p>	
--	--

Présentation de projet PSPS

<p>Quels partenaires externes à l'école ont été sollicités pour le projet :</p>	
---	--

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 :	