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

**Demande de subside pour prestation**

**Document à renvoyer dactylographié au secrétariat de l’Unité PSPS par courriel à l’adresse suivante : unite.psps@avasad.ch**

Copie à alexandra.papastefanou@vd.ch et jennifer.lugon@avasad.ch

Pour les établissements lausannois de la scolarité obligatoire :

Copie à stephanie.ducas@lausanne.ch et anne-claude.favero-allisson@lausanne.ch

**Mandant de la prestation :**

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

**Prestataire souhaité :**

|  |
| --- |
| **Titre :** Autre :        Précision : |

**Description du projet**

|  |  |
| --- | --- |
| Motif de la demande |  |
| Population concernée | Nombre d’élèves :       Nombre de classe(s) :  Degré(s) scolaire(s) : |
| Date première intervention : |  |
| Déroulement / étapes permettant d’implanter la prestation |  |
| Communication(s) prévue(s) à la communauté scolaire (élèves et adultes) |  |
| Bilan de l’année précédente : |  |
| Informations complémentaires |  |

**Coût et devis**

|  |  |
| --- | --- |
| Coût de la prestation  Joindre un devis |  |
| Total matériel : CHF |
| Coût du 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 3 personnes, merci de les mentionner dans une liste annexe.* | | | |
| **Activités prévues dans le cadre des POC/PSO demandées :** | | | |

**Signatures**

|  |
| --- |
| **Référent·e de la demande dans l’établissement :**  Prénom :       Nom :  Fonction :  Courriel :       Signature : |
| **Directeur ou directrice :**  Prénom :       Nom :  Courriel :       Signature : |