**LYCEE PIERRE POIVRE**

35, rue Hippolyte Foucque

B.P. 7

97480 SAINT-JOSEPH

Tel : 0262 56 69 79

Fax : 0262 56 36 84

ce.9740952s@ac-reunion.fr

|  |  |
| --- | --- |
|  | Année scolaire :  Date de la demande : |

**FICHE PROJET**

* ***à compléter pour tous les projets: sorties, expositions, venue d'un intervenant, etc...***
* ***à déposer 15 jours avant la date envisagée***
* GÉNÉRALITÉS

INTITULÉ DE L'ACTION : .......................................................................................................................

NOM DU PORTEUR DE PROJET : .......................................................................................................................

AUTRES PERSONNES IMPLIQUÉES : .......................................................................................................................

......................................................................................................................

CLASSE(S) OU ÉLÈVES CONCERNÉS : .....................................................................................................................

(Liste jointe si groupe - à compléter au dos) .................................................................................................................

NOMBRE TOTAL D'ÉLÈVES : ......................................................................................................................

DATE (ou PÉRIODE) : .......................................................................................................................

HORAIRES : .......................................................................................................................

MODALITÉS MATÉRIELLES (Besoins) : □ Salle vidéo □ Salle informatique □ Transport

□ Autre (à préciser) : ......................................................................................................

SORTIE ENVISAGÉE : □ OUI □ NON

***SI OUI****, remplir la fiche Sortie*

* DESCRIPTIF DE L'ACTION

OBJECTIFS / ENJEUX DE L'ACTION (brève description)

* INTERVENANT(S) EXTÉRIEUR(S)

NOM : ............................................................. PRÉNOM : ..................................................

NOM STRUCTURE: .....................................................................

ADRESSE : ...................................................................................................................................................................

N° SIRET (si payant) : ............................................................... Nombre d'heures / séances : ....................................

**Signature du porteur de projet : Accord du chef d'établissement □ OUI □ NON**

**Date et Signature**

**LISTE DES ELEVES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOM | PRENOM | CLASSE |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |