

Décharge direction :

Nom du Directeur	Personne assurant la décharge	Quotité de la décharge	Jours travaillés par le Directeur

Temps partiels :

Nom du titulaire	Quotité du titulaire	Personne assurant le complément	Jours travaillés par le titulaire

Remarques éventuelles :

Direction

Nom Directrice/Directeur :

faisant fonction :

OUI

NON

N° tél. personnel en cas d'**extrême** urgence (confidentialité ABSOLUE garantie et utilisation exceptionnelle) :

Assistants d'éducation

Nom, Prénom	Fonction : AVSi ou EVSi (accompagnement handicap), EVS, assistant d'éducation	Date d'arrivée	Présent au 01/09/08 (OUI ou NON)	Ecole(s) concernée(s) (quand intervention dans plusieurs écoles)

LANGUES VIVANTES

Langue(s) enseignée(s) :

Classes concernées :

Avez-vous des besoins complémentaires par rapport à la dernière enquête à ce sujet ?

OUI

NON

Si OUI, lesquels :

STRUCTURES PERI-EDUCATIVES

➤ **Existe-t-il un service de restauration scolaire ?**

OUI

NON

Le cas échéant, dans quelle commune si elle diffère de celle de l'école concernée ?

➤ **Existe-t-il un service de garderie scolaire ?**

OUI

NON

Le cas échéant, quels en sont les horaires de fonctionnement ?

matin :

soir :