 **Mission de lutte contre le décrochage scolaire**

|  |
| --- |
| **REPONSE A L’APPEL A PROJET MLDS**  Année scolaire 2021-2022 |

**Une fois ce dossier complété, merci de l’adresser au plus tard le 27 mai 2021 à l’animateur FOQUALE du Bassin d’Education et de Formation et à l’IEN-IO de votre département pour examen et avis.**

**Attention : l’animateur Foquale devra transmettre le dossier complet avant le 02 juin 2021 par mail à** [**ce.mlds@ac-nancy-metz.fr**](mailto:ce.mlds@ac-nancy-metz.fr)

|  |
| --- |
| **IDENTIFICATION DE LA DEMANDE**  **Intitulé du projet** : ………………………………….   * 1ère demande * Reconduction pour la ……. année |

|  |  |
| --- | --- |
| **Type d’action** | **Rayonnement de l’action** |
| 󠄀 Action de prévention  󠄅 Action d’intervention  󠄅 Action de remédiation  *󠄅 DAIP*  *󠄅 UPE2A 16+ ans* | 󠄀 Projet de BEF *(déploiement et rayonnement de l’action au niveau du BEF)*  󠄅 Projet d’EPLE *(déploiement de l’action uniquement au niveau de l’EPLE)* |

**Place du projet dans le contrat d’objectifs de l’établissement :**

**Bassin d’Education et de Formation** :

**Nom et coordonnées de l’établissement porteur du projet** :

**Personne à contacter** :

**Date de la commission FOQUALE où a été présenté et validé le projet :**

|  |
| --- |
| **IDENTIFICATION DU PROJET** |

|  |
| --- |
| **ETAPE 1 : ELEMENTS DU DIAGNOSTIC** |

* 1. **Contexte de la demande** *(genèse du projet, contexte dans lequel le projet cherche à apporter des changements significatifs…)* :
  2. **Problématiques repérées :**
  3. **Antériorité du projet** *(SI ce projet est dans le prolongement/reconduction d’un projet antérieur, sur quels bilans bâtissez-vous ce projet – Quels enseignements tirés ?)* **:**

|  |
| --- |
| **ETAPE 2 : PRESENTATION DU PROJET** |

1. **Public ciblé par le projet** *(caractéristiques quantitatives et qualitatives des bénéficiaires concernés par le projet, effectif estimé, …)* **:**
2. **Objectif.s général.aux** **pour 2021-2022** *(changements généraux que le projet doit produire, effets à court/moyen/long termes recherchés, …)* **:**
3. **Objectifs opérationnels** *(étapes de réalisation pour atteindre les objectifs général.aux)***:**

|  |
| --- |
| **ETAPE 3 : MISE EN ŒUVRE DU PROJET** |

1. **Modalités de mise en œuvre du projet** *(démarche pédagogique, activités mises en place, modalités de prise en charge des élèves concernés par l’action, types d’alternances prévues, …)* **:**
2. **Calendrier du projet :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Date de début :** |  |
| **Date de fin :** |  |
| **Durée hebdomadaire :** |  |
| **Fréquence :** |  |

**3.3 Equipe projet prévue :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Noms** | **Statut**  Professeur, CPE, AS, Inf, contractuel… | **Quotité**  ETP, nombre d’heures… | **Paiement**  HSE, IMP, vacation, service… | **Rôles et/ou Domaines d’intervention** |
|  |  |  |  |  |

**3.4 Identification des moyens sollicités**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Postes ETP** \*  \*S’il s’agit d’un poste occupé par un « Coordonnateur MLDS », se rapprocher du professionnel pressenti pour s’assurer de son engagement sur l’action. | **HSE** | **IMP** | **Budget (en €)** |
|  |  |  |  |

**3.5 Critères d’évaluation**

|  |  |
| --- | --- |
| **Modalités et personnes mobilisées pour l’évaluation du projet :** |  |
| **Indicateurs quantitatifs :** |  |
| **Indicateurs qualitatifs :** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DANS LE CAS D’UNE DEMANDE**  **DE RECONDUCTION DE PROJET MLDS**  ***Adresser le bilan ci-dessous conformément aux critères d’évaluation prévus en 2020 – 2021*** | | | |
| **Effectifs**  **Période du 01/09/2020 au 12/05/2021** | **Nombre TOTAL des élèves ayant bénéficié de l’action :** | | |
| **Nombre d’élèves au début de l’action :** | | |
| **Nombre d’élèves en fin d’action :** | | |
| **Situation des élèves à l’issue de l’action**  **(données quantitatives)** | **Situation / Solution de fin d’action** | **Situation effective** | **Situation envisagée** |
| Poursuite d’études en formation initiale |  |  |
| Poursuite d’études en contrat d’alternance |  |  |
| Emploi |  |  |
| Suivi par des partenaires (ML, PSAD, …) |  |  |
| En recherche de solution |  |  |
| Situation inconnue |  |  |
| Autre situation |  |  |
| **Difficultés rencontrées, axes de progrès** |  | | |

|  |
| --- |
| Fait à : Signature du chef d’établissement :  Le : |

|  |
| --- |
| **Avis circonstancié de la commission FOQUALE**  Avis :  Fait le ………… à ………….. :  Signature de l’animateur FOQUALE : |

|  |
| --- |
| **Avis circonstancié de l’IEN-IO**  Avis :  Fait le ………… à ………….. :  Signature de l’IEN-IO : |