**Éducation à la sécurité routière**

**Projet pédagogique impliquant la participation d’un intervenant extérieur**

|  |
| --- |
| Année scolaire :  |
| Circonscription de : |
| Nom de l’école : |
| Adresse postale : |
| Adresse électronique :  | Téléphone :  |
| Nom et prénom de la directrice ou du directeur :  |

|  |
| --- |
| Nom et prénom de l’enseignant(e) porteur du projet : |
| Niveau de classe : |
| Effectif de la classe :  |
| Nom et prénom de l’intervenant(e) : |
| Statut de l’intervenant(e) :(Cocher la case correspondante) |  | Fonctionnaire du ministère de l’Intérieur (fonctionnaire de la Police nationale ou de la Préfecture de la Seine-Maritime) ou militaire de la Gendarmerie nationale |
| *A renseigner par le conseiller pédagogique en charge de l’EPS :**- Si intervention APM :**Convention : □ oui / □ non**Agrément : □ oui / □ non**- Si intervention IDSR ou IAA :**Agrément : □ oui / □ non* |  | Agent d’une Police municipale (APM) |
|  | Intervenant départemental sécurité routière (IDSR) |
|  | Intervenant d’une association agréée (IAA)**Si oui, préciser le nom de l’association :**  |

|  |
| --- |
| Lieu de l’intervention : |
| Date (s) : |
| Créneau horaire : |
| Durée de la séance : |

|  |
| --- |
| **Descriptif du projet :** |
| Objectifs d’apprentissage ciblés : |
| Compétences de l’APER travaillées :  |
| Contributions aux domaines du Socle commun de connaissances, de compétences et de culture : |
| Lien(s) avec le projet d’école et/ou de la classe : |

|  |
| --- |
| **Organisation de la classe\*** |
| □ un seul groupe en un même lieu □ plusieurs groupes en un même lieu (précisez l’effectif des groupes) □ plusieurs groupes dans différents lieux (précisez l’effectif des groupes) □ autres organisations, à préciser ***\*Sous la responsabilité de l’enseignant(e).*** |
| Rôle de l’enseignant(e) | Rôle de l’intervenant(e) |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Organisation matérielle** |
| Matériel nécessaire : |
| Matériel utilisé et/ou fourni par l’intervenant(e) : |

|  |  |
| --- | --- |
| **Date et signature de l’enseignant(e) :** | **Date et signature de l’intervenant(e) :** |

|  |
| --- |
| **Autorisation de la Directrice, du Directeur :** □ oui □ nonMotif du refus : Date et signature :  |
| **Avis de l’Inspecteur-trice de l’Éducation nationale :**Remarques éventuelles : Date et signature :  |