|  |  |
| --- | --- |
|  | POLYNéSIE FRANçAISE*Année scolaire 20…./20.…* |
|  Ministèrede l’education,DIRECTION GENERALE DE L'EDUCATIONET DES ENSEIGNEMENTS

|  |
| --- |
| SECOND DEGRE |

 | Dossier reçu à la DGEE le .......................................**ANNEXE A**  |

DOSSIER DE DEMANDE D’AUTORISATION DE SORTIE/ VOYAGE SCOLAIRE

|  |  |
| --- | --- |
| **[ ]  En Polynésie française**[ ]  **sans nuitée** [ ]  **avec nuitée** | **[ ]  Hors Polynésie française** |

NOM ÉTABLISSEMENT : ……………………………………………………………………..........

DATES ET LIEU DU VOYAGE :

ETABLISSEMENT PARTENAIRE :

**LISTE DES PIECES A JOINDRE**

|  |  |
| --- | --- |
| * Formulaire d’autorisation DGEE (annexe A)
* Liste des élèves (avec leur date de naissance)
* Liste des accompagnateurs (+ fonction)
* Autorisations parentales
* Ordre de mission des personnels-participants
* Copie de la police d’assurance souscrite
 | * Objectifs pédagogiques
* Programme détaillé du voyage
* Budget prévisionnel
* Tableau de remplacement des cours
* Compte-rendu du Conseil d'établissement approuvant le voyage
 |

**DESCRIPTIF DU PROJET**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre d’élèves : …….. | Classe ou groupe : ………………………. |
| Nombre d’accompagnateurs: …... | Porteur(s) du projet :……………………………………….. |
| Objectif principal : |  |

**FINANCEMENT DU PROJET**

|  |  |
| --- | --- |
| **Recettes** | **Dépenses** |
| **Source de financement** | **Montant** | **Destination des dépenses** | **Montant** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **TOTAL** |  | **TOTAL** |  |
| ***Pour les accompagnateurs, veuillez préciser l’origine de la recette et le montant des frais de transport*** |

Subvention demandée à la DGEE …………………………………. Et/ou à ………………………….........

**Page 1/2**

**DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES, JURIDIQUES ET MEDICALES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A emporter impérativement lors du voyage : | A diffuser aux accompagnateurs : | A penser : |
| * Autorisations parentales
* Assurances des élèves couvrant la responsabilité civile et les dommages corporels
* Fiches médicales de chaque élève
 | * Consignes en cas d’événement grave
* Adresse utile sur le lieu du séjour
* Personnes à joindre durant le séjour en cas de problème
 | * Démarches administratives  : visas, passeports etc…
 |

**ORGANISATION PREVUE POUR LE REMPLACEMENT DES COURS**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de jours pris sur le temps scolaire |  |
| Nombre d’heures prises sur le temps scolaire |  |
| Cours remplacés |  Oui  Non |

A le, Signature du porteur du projet

**AVIS DES AUTORITES HIERARCHIQUES**

|  |  |
| --- | --- |
| Avis de M.le Chef/ Mme la Cheffe d’établissementFavorable [ ]  Défavorable [ ]   |  Date ………………….. ……….Signature  |
| Avis de Mme la Cheffe du DV3EFavorable [ ]  Défavorable [ ]  | Date ………………….. ……….Signature  |
| Avis de M. le Directeur de la DGEEFavorable [ ]  Défavorable [ ]  | Date ………………….. ……….Signature  |
| Avis de M. le Ministre de l’EducationFavorable [ ]  Défavorable [ ]  | Date ………………….. ……….Signature  |

**Page 2/2**