|  |  |
| --- | --- |
|  | POLYNéSIE FRANçAISE  *Année scolaire 20…./20.…* |
| Ministère de l’education,  DIRECTION GENERALE DE L'EDUCATION  ET 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’établissement  Favorable  Défavorable | Date ………………….. ……….  Signature |
| Avis de Mme la Cheffe du DV3E  Favorable  Défavorable | Date ………………….. ……….  Signature |
| Avis de M. le Directeur de la DGEE  Favorable  Défavorable | Date ………………….. ……….  Signature |
| Avis de M. le Ministre de l’Education  Favorable  Défavorable | Date ………………….. ……….  Signature |

**Page 2/2**