**Direction des services départementaux de l’Éducation Nationale de la Vendée**

**Document D3**

**Division des élèves**

**Cité Administrative Travot 85020 La Roche sur Yon**

**Année scolaire : 20……/20……**

|  |
| --- |
| **DEMANDE D’AGRÉMENT D’INTERVENANT EXTERIEUR**  **DANS LE CADRE DE LA MISE EN ŒUVRE DES PARCOURS**  **Première demande**  **Demande de renouvellement** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Champ disciplinaire** | **EPS**(préciser)  **……………………** | **danse\***  **théâtre\*** | **éducation musicale\***  **arts plastiques\***  **culture scientifique\*** | **littérature**  **formation du citoyen**  **autre :** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Intervenant** | | | | | |
| **NOM D’USAGE – Prénom** |  | | | | |
| **NOM DE NAISSANCE** |  | | | | |
| ***Sollicite son agrément pour participer à des activités d’enseignement dans le cadre du projet d’école et accepte la vérification de son******honorabilité par consultation du Fichier Judiciaire Automatisé des Auteurs d’Infractions Sexuelles ou Violentes (FIJAISV) selon la******circulaire n°2017–116 du 6 octobre 2017.*** | | | | | |
| **Date, ville et département de naissance** | **Date** | | **Ville** | | **Département de naissance** |
| **Pour les étrangers** | **Nationalité** | | **Prénom du père** | | **Nom et prénom de la mère** |
|  |  | |  | |  |
| **Adresse complète** |  | | | | |
| **Téléphone** |  | | | | |
| **Courriel** |  | | | | |
| **Statut de l’intervenant** | Personnel territorial titulaire  **catégorie** : …………………….....  Salarié de droit privé **nom de l’employeur** : ……………..……  Stagiaire  **organisme de formation**  Intervenant bénévole  **association** : ………….…………….….. | | | | |
| **Nom de l’assurance responsabilité civile** |  | | | | |
| **Qualification** | **EPS** | **N° carte professionnelle :** | | **Date de fin de validité :** | |
|  | **Autre\*** | **Diplôme ou CV** *attestant d’une qualification* **fourni pour une 1ère demande** | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Organisme employeur conventionné ou association conventionnée** | | |
| **Nature de l’organisme**  **et dénomination** | **(mairie, communauté de communes, association…)** | **Tampon et Signature** |
| **Adresse complète** |
| **Contacts**  téléphone et courriel |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Transmis par l’école :**  Nom :  Commune :  Tél :  Courriel : | **Signature de l’intéressé(e)** | **Décision et signature de**  **la Directrice Académique des Services de l’Education Nationale** | |
| Fait le : | FIJAISV vérifié  Agrément accordé  Agrément refusé | Fait le : |