EMPLOI DU TEMPS DE L'ELEVE

ANNEE SCOLAIRE 2018/2019

Date :

Nom de l'élève : _____

Prénom de l'élève : _____

Classe : _____

Ecole/Etablissement : _____

Nom du ou des AVS : _____

_____

Temps total de l'intervention du ou des AVS :

_____

Préciser les enseignements
Préciser les temps de présence à l'école avec et sans AVS
Préciser les temps d'intervention des services extérieurs

Signature du chef d'EPLE et / ou du directeur d'école

Horaires	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI

Document à retourner dans les 15 jours suivant la prise de fonction et après tout changement d'emploi du temps au service de la coordination AVS