

DIRECTION DES SERVICES DÉPARTEMENTAUX DE L'ÉDUCATION NATIONALE DU PAS-DE-CALAIS
DEMANDE D'AGRÉMENT D'INTERVENANT EXTÉRIEUR pour l'enseignement de l'E.P.S.

**AU TITRE D'UNE ASSOCIATION OU D'UN ORGANISME
 RENOUELEMENT**

Je soussigné(e) nom et prénom* :

représentant(e) de l'association (titre, nom)* :

adresse* :

code postal :

téléphone* : adresse mail* :

*mention obligatoire

Sollicite l'agrément, pour l'année scolaire : 20 / 20
 afin de participer aux activités d'enseignement dans les écoles primaires publiques
 de :

dans les circonscriptions de :

M * Mme * * veuillez cocher la case correspondante

NOM : PRÉNOM :



NOM DE JEUNE FILLE :

date de naissance :

adresse :

code postal : téléphone :

Les activités physiques et sportives concernées (en relation avec le projet d'école) :


 direction des services
 départementaux
 de l'éducation nationale
 Pas-de-Calais


QUALIFICATION LIÉE AU DIPLÔME

* cocher et renseigner la qualification correspondante	<input type="checkbox"/> * B.E.E.S spécialité : <input type="text"/> date de l'obtention : <input type="text"/>	Joindre obligatoirement: - une copie du diplôme et - une copie recto-verso de la carte professionnelle (délivrée par le ministère de la cohésion sociale) - copie du casier judiciaire B3
	<input type="checkbox"/> * B.P.J.E.P.S ou B.E.E.S.A.P.T spécialité : <input type="text"/> ou mention : <input type="text"/> ou unité capitalisable complémentaire : <input type="text"/>	
	<input type="checkbox"/> * D.E.U.G.S.T.A.P.S <input type="checkbox"/> * LICENCE S.T.A.P.S mention : <i>éducation et motricité</i> <input type="checkbox"/> * LICENCE S.T.A.P.S mention : <i>entraînement sportif</i> spécialité : <input type="text"/>	

Certification du représentant de la collectivité territoriale

fait à date :

cachet et signature :

Avis de l'inspecteur de l'éducation nationale

circonscription : date :

cachet et signature :