|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Plan d'action PDS**  | **Ecole :** | Vision et objectifs :  | Objectifs pour cette année scolaire : | N°1 : N°2 :N°3 : |
|  |  |
| **Année scolaire :** | Objectifs à long terme : | N°4 : N°5 :N°6 : |
|  |

| **N° Objectif** | **Action proposée** | **Responsable(nom, prénom, e-mail, tél.)** | **Calendrier prévu** | **Matériel, animations** | **Nombres** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sensibilisation** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Education** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Organisation des déplacements** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Infrastructure** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Communication/Information** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

| **Personne de contact mobilité scolaire** |
| --- |
| **Nom :** | **E-mail :** | **N° de téléphone :** |

| **Validation du plan d’action par la direction** |
| --- |
| (Précédée du nom, prénom, fonction) | **Signature :** | **Date :** | **Cachet :** |