

RAPPORT ANNUEL DE VISITE D'ÉCOLE

20 - 20

Circonscription de :

I.E.N.

MATERNELLE
ÉLÉMENTAIRE
PRIMAIRE

ÉCOLE PUBLIQUE

Nom de l'école :

Adresse :

Direction assurée par :

Décharge de direction : Entière : Partielle :

Préciser :

STRUCTURE DE L'ETABLISSEMENT

Enseignants (nbre) :

Personnel municipal (nbre) : dont ATSEM

Remplacement du Personnel : Enseignants :

Est-il correctement Assuré ? Personnel de service :

EFFECTIFS

Elèves inscrits :	Nombre de classes	Modifications survenues à la rentrée : Crédit : Suppression :
-------------------	-------------------	---

Situation des effectifs par rapport à l'année précédente : baisse : hausse : Stable :

Effectifs par classe :

ÉLÈVES À BESOINS PARTICULIERS

L'école bénéficie-t-elle de classe pour primo-arrivants ?	→ Oui	Non	Effectif :		
Avec un psychologue ?			Oui Non		
L'école bénéficie-t-elle d'un RASED ?	→ Oui	Non	Avec un enseignant spécialisé à dominante pédagogique ?	→ Oui	Non
			Avec un enseignant spécialisé à dominante éducative ?	→ Oui	Non
L'école a-t-elle mis en place des projets d'accueil individualisé (P.A.I.)	→ Oui			Non	
L'école scolarise-t-elle des élèves handicapés ?	Dans une classe d'intégration scolaire ?			→ Oui	Non
De façon individualisée ?			→ Oui	Non	
Nombre d'élèves handicapés bénéficiant d'un Projet Personnalisé de Scolarisation					
L'école rencontre-t-elle des difficultés ? Lesquelles ? (à détailler dans vos commentaires)	→ Oui			Non	

HYGIÈNE

Appréciation sur la propreté des locaux

B pour Bon,	A pour Acceptable,	I pour Insuffisant	
Classes (nb total)	B (nb) :	A (nb)	I (nb) :
WC enfants : BCD :	Couloirs : Escaliers :	Restaurant :	RASED :
Locaux (personnel de service) :	Infirmerie :	Salle des professeurs :	Salle polyvalente :
Salle informatique :			

SÉCURITÉ

État du sol de la cour : de la clôture : du terrain de sport :
 Alarme incendie efficace : OUI NON Affichage du plan d'évacuation : OUI NON
 Date de vérification des extincteurs : Date du passage de la commission de sécurité :
 Exercices d'évacuation fréquence annuelle : Date du dernier exercice :
 Registres de sécurité mis à jour : OUI NON accessibles dans l'école : OUI NON
Sécurité extérieure : Agent de sécurité aux entrées et sorties OUI NON Passage protégé ? OUI NON

 Présence de ralentisseurs ? OUI NON Signalisation routière : OUI NON
 PPMS : OUI NON Validé par des exercices de sécurité : OUI NON
 DUER : OUI NON Réactualisé : OUI NON

RESTAURATION SCOLAIRE

ÉQUIPEMENT ET MATÉRIEL ÉDUCATIF

Crédit alloué par élève : Etat des Tables : Chaises Bancs Bureaux Tableaux
Documentation BCD Documentation audio-visuelle Mobilier BCD Rangements :
Besoins exprimés

EQUIPEMENT AUDIO-VISUEL ET NUMERIQUE

Besoins exprimés, remarques, propositions :

PRÉVENTION SANITAIRE

TEMPS D'ACTIVITÉS PÉRISCOLAIRES

Garderie

Nombre d'enfants inscrits :

Nombre et qualification des Intervenants :

Activités pratiquées :

Locaux utilisés :

Tarifs : financés par :

Etudes surveillées : OUI NON assurées par : Nombre d'enfants :

Appréciation du fonctionnement (besoins, problèmes, suggestions) :

Temps d'Activités Pérисcolaires

Nombre d'enfants inscrits :

Nombre d'enfants qui participent :

Lieux de déroulement des activités ?

Transports d'une activité à l'autre : OUI NON

Qualification des animateurs :

Ont-ils recu une information à la laïcité ? OUI NON

Difficultés rencontrées et améliorations suggérées :

TRAVAUX

Travaux demandés :

Travaux réalisés :

Travaux à prévoir :

OBSERVATIONS DU (DE LA) DÉLÉGUÉ(E)

1 exemplaire
à l'I.E.N,
à la Délégation
au Maire
à l'école,
au D.D.E.N

Signature