

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

Élèves inscrits : Nombre de classes Modifications survenues à la rentrée : Création : 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 ? 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 Dans une classe d'intégration scolaire ? → Oui Non
des élèves handicapés ? 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

Gérée par :			Menus élaborés par une commission des menus ?	OUI	NON
Le prix des repas est-il fonction des revenus déclarés :	OUI	NON			
Affichage des menus ?	OUI	NON	Nombre moyen d'enfants :		
Repas distribué en libre-service	OUI	NON	Si NON, préciser le nombre de services :		
Personnel : (Préciser nombre et fonctions) :					
Salle de repas : qualité de l'insonorisation :			superficie de la salle :		
Cuisine préparée sur place :	OUI	NON	Cuisine Centrale :	OUI	NON
			Liaison chaude :	OUI	NON
Commentaires :					

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

Nom du docteur	Infirmière :	OUI	NON	Assistante sociale :	OUI	NON
Fréquence des bilans de santé et classes concernées :						
Descriptif du dépistage : Sensoriel – Buccodentaire – Autres						

Appréciation du fonctionnement (besoins, problèmes, suggestions) :

Difficultés rencontrées et améliorations suggérées :

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