## **PRÉFECTURE DU VAR**

COMMUNE

*INSPECTION ACADÉMIQUE*

DATE DE LA VISITE

Effectuée par

**DÉLÉGATION DÉPARTEMENTALE DE L’ÉDUCATION NATIONALE**

**Rapport annuel de visite d’école 2018-2019**

MATERNELLE 🞎
PRIMAIRE 🞎
ELEMENTAIRE 🞎

Circonscription de : LE MUY

I.E. **ÉCOLEPUBLIQUE**

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 |  | Enseignants :  |
| Personnel : |  |
| Est-il correctement | Personnel de service :  |
| Assuré ? |  |

**EFFECTIFS**

Elèves 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 :

2

# SÉCURITÉ

Etat 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 :

3

**TEMPS D’ACTIVITÉS PÉRISCOLAIRES**

**Garderie**

Nombre d’enfants inscrits :

Nombre et qualification des Intervenants :

Activités pratiquées :

Locaux utilisés :

Horaires : matin soir

Tarifs : financés par :

Etudes surveillées : 🞎 OUI 🞎 NON assurées par : Nombre d’enfants :

Appréciation du fonctionnement (besoins, problèmes, suggestions) :

**Temps d’Activités Périscolaires**

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 reçu une information à la laïcité ? 🞎 OUI 🞎 NON

Difficultés rencontrées et améliorations suggérées :

**TRAVAUX**

**Travaux demandés :**

**Travaux réalisés :**

4

**Travaux à prévoir :**

#

#

#

#

#

#

#

# OBSERVATIONS DU (DE LA) DÉLÉGUÉ(E)

1 exemplaire
à l’I.E.N,

Signature

à la Délégation
au Maire
à l’école,
au D.D.E.N