



PRÉFECTURE DU VAR

INSPECTION ACADÉMIQUE

**DÉLÉGATION DÉPARTEMENTALE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE**

Rapport annuel de visite d'école 20 - 20

Circonscription de :

I.E.N.

ÉCOLE PUBLIQUE

COMMUNE

DATE DE LA VISITE

Effectuée par

MATERNELLE
PRIMAIRE
ELEMENTAIRE

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 :
Est-il correctement
Assuré ?

Enseignants :

Personnel de service :

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 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

Etat du sol de la cour : <input type="text"/>	de la clôture : <input type="text"/>	du terrain de sport : <input type="text"/>
Alarme incendie efficace : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Affichage du plan d'évacuation : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Date de vérification des extincteurs : <input type="text"/>	Date du passage de la commission de sécurité : <input type="text"/>	
Exercices d'évacuation fréquence annuelle :		Date du dernier exercice : <input type="text"/>
Registres de sécurité mis à jour : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	accessibles dans l'école : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Sécurité extérieure :	Agent de sécurité aux entrées et sorties <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Passage protégé ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Présence de ralentisseurs ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Signalisation routière : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
PPMS : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Validé par des exercices de sécurité : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
DUER : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Réactualisé : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

RESTAURATION SCOLAIRE

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

ÉQUIPEMENT ET MATÉRIEL ÉDUCATIF

Crédit alloué par élève : <input type="text"/>	Etat des Tables : <input type="checkbox"/>	Chaises <input type="checkbox"/>	Bancs <input type="checkbox"/>	Bureaux <input type="checkbox"/>	Tableaux <input type="checkbox"/>
Documentation BCD <input type="checkbox"/>	Documentation audio-visuelle <input type="checkbox"/>	Mobilier BCD <input type="checkbox"/>	Rangements : <input type="text"/>		
Besoins exprimés					

EQUIPEMENT AUDIO-VISUEL ET NUMERIQUE

Besoins exprimés, remarques, propositions :

PRÉVENTION SANITAIRE

Nom du docteur <input type="text"/>	Infirmière : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Assistante sociale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Fréquence des bilans de santé et classes concernées :		
Descriptif du dépistage : Sensoriel – Buccodentaire – Autres :		

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 :

.....

.....

.....

.....

