

FORMULAIRE 2b

**DEMANDE DE RENOUVELLEMENT ANNUEL D'AGRÈMENT
DES INTERVENANTS BÉNÉVOLES POUR L'ENCADREMENT DES ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES
MERCİ DE COMPLÉTER LE FORMULAIRE EN MAJUSCULES**

| NOM de l'école | COMMUNE | CIRCONSCRIPTION |
|----------------|---------|-----------------|
| | | |

| | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> * MONSIEUR | <input type="checkbox"/> * MADAME | *veuillez cocher la case correspondante |
| NOM D'USAGE : | | PRÉNOM : |
| NOM DE NAISSANCE* : | | *si différent du nom d'usage |
| DATE DE NAISSANCE :/...../..... | | PAYS DE NAISSANCE : |
| VILLE DE NAISSANCE : | | CODE POSTAL (ville de naissance) : |
| ADRESSE POSTALE : | | |
| TÉL. : | | |
| COURRIEL :@..... | | |

Je sollicite le renouvellement de mon agrément en tant qu'intervenant extérieur pour apporter mon concours aux activités physiques et sportives au titre de l'année 2024/2025.

| | | |
|---|--|---------|
| <input type="checkbox"/> NATATION | Session de formation* validée le/...../..... | à |
| <input type="checkbox"/> CYCLISME | Session de formation* validée le/...../..... | à |
| <input type="checkbox"/> AUTRE ACTIVITÉ (à préciser) : | | |
| <input type="checkbox"/> Joindre la photocopie du diplôme ayant dispensé de la session de formation (test + compétence) | | |

*Ce champs est à compléter obligatoirement pour le traitement de la demande. Si besoin, le directeur, directrice peut se référer à l'application « Intervenants extérieurs 1D ».

Je m'engage à respecter le règlement intérieur de l'école et des équipements fréquentés, ainsi que les modalités d'intervention fixées avec l'enseignant.

Je suis informé(e) que les personnels habilités de la DSDEN17 interrogeront le Fichier Judiciaire Automatisé des auteurs d'Infractions Sexuelles ou Violentes (FIJAISV) afin de s'assurer de mon honorabilité.

| L'INTERVENANT(E) BÉNÉVOLE | |
|---------------------------|----------------------|
| NOM ET PRÉNOM : | SIGNATURE : |
| FAIT À | LE/...../..... |

| AVIS DU DIRECTEUR, DE LA DIRECTRICE DE L'ÉCOLE | |
|--|----------------------|
| NOM ET PRÉNOM : | SIGNATURE : |
| AVIS : | |
| FAIT À | LE/...../..... |

| DECISION DU DIRECTEUR ACADÉMIQUE DES SERVICES DE L'ÉDUCATION NATIONALE | |
|--|----------------------|
| COMPÉTENCE : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | SIGNATURE : |
| HONORABILITÉ : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | |
| AGRÈMENT ACCORDÉ : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | |
| FAIT À | LE/...../..... |

Ce formulaire est à retourner au directeur, directrice de l'école qui le transmet directement à la DSDEN17.