



EVALUATION D'UNE SUPPLEANCE DE COURTE DUREE

Par le chef d'établissement

- 1^{er} degré -

En référence aux compétences professionnelles
des métiers du professorat et de l'éducation

Cachet de l'établissement

Nom et prénom de l'enseignant suppléant :

Nom de l'enseignant remplacé :

Niveau de classe :.....**Quotité horaire :**.....

Nom de l'Etablissement :
.....

Adresse :
.....

Date de la suppléance : du au

1^{ère} suppléance : Oui Non

CONDITIONS D'EXERCICE DE LA SUPPLEANCE

- Contexte de la suppléance :

Maladie courte durée Congés formation Décharge de direction Congé parental Temps partiel
autorisé

Autre (préciser) :

- Durée de la suppléance :

Ce document sera rempli par le chef d'établissement (CE1°)
Et sera à retourner à la Direction Diocésaine par le chef d'établissement

SYNTHESE SUR LA SUPPLEANCE

| | DU COTE DU CHEF D'ETABLISSEMENT | DU COTE DU SUPPLEANT |
|----------------------------|--|-----------------------------|
| Points d'appui | | |
| Points de vigilance | | |

| | |
|--|--|
| AVIS EXPLICITE DU CHEF D'ETABLISSEMENT A LA FIN DE LA SUPPLEANCE Très favorable <input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Réservé <input type="checkbox"/> Défavorable <input type="checkbox"/> ACCEPTERIEZ-VOUS M. POUR UNE AUTRE SUPPLEANCE ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | ACCEPTERIEZ-VOUS DE RETOURNER DANS CET ETABLISSEMENT ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
|--|--|

| | <i>Le chef d'établissement</i> | <i>L'enseignant suppléant</i> |
|---------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Date et signatures | <i>Vu et pris connaissance le ...</i> | <i>Vu et pris connaissance le ...</i> |