

**Formulaire de demande d'autorisation d'accompagnement d'élèves en situation de handicap en
sortie scolaire avec nuitée.**

A adresser avec le projet pédagogique (a minima 21 jours avant la sortie)

L'agent doit emprunter le(s) moyen(s) de transport mis en place pour la sortie par l'école ou l'établissement.

Seul le trajet domicile/travail peut être réalisé avec l'utilisation du véhicule personnel.

AESH

NOM et prénom :

ÉCOLE OU ÉTABLISSEMENT

Nom :

RNE :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

PIAL de rattachement :

SORTIE SCOLAIRE

Date(s) :

Horaires :

Thématique :

Moyen de transport organisé pour les élèves et l'AESH / nom du transporteur :

Lieu de la sortie scolaire :

Nom et prénom de l'élève accompagné :

VISA DE L'AGENT

***Je soussigné(e) Mme, M, AESH, accepte de participer à la
sortie scolaire avec nuitée(s) précisée ci-avant.***

***Cette sortie engendrera une modification de mon emploi du temps ainsi que de mon temps de
travail (pièces jointes en annexes).***

***Lors de cette sortie, je n'aurai pas de mission d'encadrement, je n'assurerai que
l'accompagnement de l'élève(s) en situation de handicap.***

Nom, prénom et signature :

DOCUMENTS ANNEXES OBLIGATOIRES

- ☞ Emploi du temps spécifique de la sortie
- ☞ Emploi du temps très détaillé et précis de l'AESH
signé par le directeur d'école ou le chef
d'établissement et l'AESH

VISA DU DIRECTEUR D'ÉCOLE OU DU CHEF D'ÉTABLISSEMENT

Nom : _____ Prénom : _____
Date, signature et cachet : _____

Partie réservée à l'administration

Avis médical du médecin scolaire de secteur ou du médecin conseiller technique départemental
concernant la faculté de l'élève accompagné à participer à la sortie :

Favorable

Conditions à respecter :

Défavorable

Motifs :

Visa du médecin scolaire ou avis du médecin traitant en cas d'absence du médecin
scolaire sur formulaire spécifique en annexe

Nom : _____ Prénom : _____
Date, signature et cachet du médecin scolaire : _____

VISA DE L'EMPLOYEUR

Date de réception de la demande :

☞ Sortie accordée ☞ Sortie refusée



**ACADÉMIE
DE DIJON**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
de Saône-et-Loire

**Service inter-départemental de
gestion des AESH**

Date, signature et cachet :

Annexe

Avis du médecin traitant de l'élève en situation de handicap en cas d'absence de médecin scolaire et de médecin conseiller technique de l'IA-DASEN

AVIS MEDICAL POUR PARTICIPATION A UNE SORTIE SCOLAIRE AVEC NUITEE

A renseigner par la famille et/ou l'école

SORTIE SCOLAIRE :

DATES :

THEMATIQUE :

ACTIVITES PREVUES :

LIEU de la sortie scolaire :

Avis du médecin traitant concernant la faculté de l'élève à participer à la sortie

NOM et prénom de l'élève :

Date de naissance :

Favorable

Conditions à respecter (sécurité,
autonomie, fatigabilité...) :

Défavorable (à justifier)

Motifs :