



NOM		Prénom	NOM de jeune fille
M. Mme Mlle			
Adresse mail académique			Téléphone
Formations suivies concernant les EBEP			
Certifications			
Discipline	Adresse professionnelle	Noms des supérieurs hiérarchiques	
		Chef d'établissement	
		Inspecteur de discipline	

Compétences : Quelles sont vos connaissances / compétences au regard de l'École inclusive et la scolarisation des EBEP ?

Expérience professionnelle : Êtes-vous engagé dans un travail d'équipe ou dans une activité en lien avec la scolarisation des EBEP au sein de votre établissement ?

Avez-vous assuré ou assurez-vous une/des mission(s) professionnelle(s) en dehors de votre temps d'enseignement (chargé de mission, formateur...) ?

Motivation : Donnez en quelques lignes les raisons qui motivent votre candidature.

Avis du chef d'établissement :

Nom : _____ Date : _____
Signature : _____

Avis de l'inspecteur de discipline / IEN ASH :

Nom : _____ Date : _____
Signature : _____