



Consignes pour la circulation du formulaire

1. Formulaire à retourner complété et signé par l’inspecteur demandeur à l’adresse [accompagnement-specifique@ac-aix-marseille.fr](mailto:accompagnement-specifique@ac-aix-marseille.fr)
2. Formulaire transmis à l’établissement du bénéficiaire par le secrétariat des inspecteurs.
3. Formulaire à retourner signé par le bénéficiaire de l’accompagnement à l’adresse [ce.ipr@ac-aix-marseille.fr](mailto:ce.ipr@ac-aix-marseille.fr)
4. Bilan final de l’accompagnement à retourner par le tuteur, signé par le bénéficiaire et son chef d’établissement. NB : si l’accompagnement est de 5,7 ou 9 mois, merci de fournir un bilan intermédiaire.

Plus d’informations sur le site académique : https:/[/w](http://www.ac-aix-marseille.fr/dispositifs-institutionnels-d-accompagnement-specifique-dias-121508)w[w.ac-aix-marseille.fr/dispositifs-institutionnels-d-accompagnement-specifique-dias-121508](http://www.ac-aix-marseille.fr/dispositifs-institutionnels-d-accompagnement-specifique-dias-121508)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Inspecteur demandeur** | | | | | |
| Nom |  | Prénom |  | Fonction |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Personnel bénéficiaire de l’accompagnement** | | | | | | |
| Nom | Prénom | Discipline - nom | Discipline - code | | Corps | |
|  |  |  |  | |  | |
| Etablissement d’affectation - type | | Etablissement d’affectation - nom | | | Commune | |
|  | |  | | |  | |
| Le tutoré a-t-il déjà bénéficié d’un DIAS ? | | * Oui ☐ Non | | Si oui en quelle année scolaire ? | |  |

|  |
| --- |
| **Motif de la demande – Besoins professionnels identifiés** |
| * Aide – actualisation des pratiques |
| * Aide – évolution de poste |
| * Aide – reprise après une interruption de service |
| * Aide – difficultés dans la pratique pédagogique |
| * Evolution professionnelle – changement de corps |
| * Evolution professionnelle – changement de discipline |
| * Evolution professionnelle – détachement d’une autre administration |
| * Autre (précisez ci-dessous) |
| **Remarques et commentaires du responsable de la demande** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Dispositif spécifique :**  **Programme répondant à la nécessité d’un suivi individuel** | |
| **1. Mise en place d’un tutorat académique** | |
| Date de début de l’accompagnement |  |
| Date de fin de l’accompagnement |  |
| Durée de l’accompagnement | * 1 mois |
| * 3 mois |
| * 5 mois |
| * 7 mois |
| * 9 mois |



|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tuteur** | | | | |
| Nom | Prénom | Discipline - nom | Discipline - code | Corps |
|  |  |  |  |  |
| Etablissement d’affectation - type | | Etablissement d’affectation - nom | | Commune |
|  | |  | |  |

|  |
| --- |
| **Objectifs prioritaires de l’accompagnement (doivent permettre d’évaluer l’accompagnement)** |
|  |
| **Modalités de tutorat :** |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2. Autres actions préconisées** | | |
| Stage en entreprise | * Oui | * Non |
| Formation « Positionnement et relation avec les élèves »  *Gestion des inscriptions par l’EAFC* | * Oui | * Non |
| Formation modules du PAF  *Gestion des inscriptions par l’inspecteur demandeur* | * Oui | * Non |
| Numéro des modules concernés |  | |
| Autres formations : |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Signature du responsable de la demande** | |
| Date : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Signature du bénéficiaire du DIAS** | |
| **En signant ce document, le bénéficiaire du DIAS s’engage à suivre le programme qui lui est proposé** | |
| Date : |  |

*En cas de refus du DIAS, le bénéficiaire doit écrire en toute lettres « Je refuse le DIAS » puis signer le document.*





|  |  |
| --- | --- |
| **Demande de prolongation du DIAS** | |
| Date de début de la prolongation |  |
| Date de fin de la prolongation |  |
| Durée de la prolongation | * 2 mois |
| * 4 mois |
| * 6 mois |
| * 8 mois |

|  |
| --- |
| **Motif de la demande de prolongation :** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Signature du responsable de la demande de prolongation** | |
| Date : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Signature du bénéficiaire du DIAS** | |
| **En signant ce document, le bénéficiaire du DIAS s’engage à suivre le programme qui lui est proposé dans le cadre de la prolongation du DIAS dont il bénéficie déjà** | |
| Date : |  |

*En cas de refus du DIAS, le bénéficiaire doit écrire en toute lettres « Je refuse le DIAS » puis signer le document.*