

Appel à projets actions de lutte contre le décrochage scolaire et pour la persévérance scolaire 2024-2025

EVALUATION DU PROJET

Nom et localisation de l'Établissement porteur du projet :

Nom et prénom du chef d'établissement :

Tél :
mail :

Pôle d'Accompagnement de la Persévérance Scolaire (PAPS) de :

ou

Autre structure :

Personne en charge du projet – **Nom, prénom, Tél, mail :**

Personne en charge du suivi financier de l'établissement (gestionnaire, comptable)
- **Nom, prénom, Tél, mail :**

Intitulé du projet :

Transmission de visuels de l'action (photos, articles de presse, dessins..)

Oui :

Non :

Date de début : ____/____/____

Date de fin : ____/____/____

