



Code indemnité : 5404

603-089-0140

**STAGE DE REMISE A NIVEAU**

NOM -Prénom de l'enseignant : M -Mme - Mlle

Affectation :

Nombre d'élèves en stage :

Je soussigné(e),.....

**professeur des écoles - instituteur**

**certifie prendre en charge des élèves dans le cadre des stages de remise à niveau**

**à l'école : .....**

**Pendant la période du : .....**

(1 état par période)

Dans le cadre de cette action, je prendrai en compte l'évaluation produite par l'enseignant de la classe pour mener avec les élèves des remédiations adaptées. A l'issue du stage, je produirai pour chacun d'eux les bilans nécessaires qui seront transmis aux familles et à l'enseignant concerné.

A  
Signature

le,  
Visa de l'IEN de circonscription,