

**FORMULAIRE DE CANDIDATURE EPSA**

**2024/2025**

**ETABLISSEMENT OU ECOLE**

**À déposer (voir procédure de dépôt), accompagné du projet d’établissement et du plan d’action, sur *Nuage*.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Identification de l’établissement** | **Nom de l’établissement :****Chef d’établissement :** **Nombre d’élèves dans l’établissement :****Adresse :****Code postal :****Commune :****Référent.e (Nom, Prénom, Fonction) :**  |
| **Labellisation demandée** | **Quel est le niveau visé par cette candidature ?** □ 1 □ 2 □ 3**En plus du Label EPSA, votre démarche vise-t-elle ou a-t-elle déjà visé l’obtention d’un autre Label ?**□ Oui □ Non**Si oui, lequel ?** |
| **Intégration au projet d’école ou d’établissement** | **La démarche EPSA a-t-elle été inscrite au projet d’école ou au projet d’établissement ?**□ Oui □ Non**Si oui, joindre au formulaire l’extrait du projet d’école ou du projet d’établissement**Pièce jointe : □**La démarche EPSA a-t-elle été présentée au Conseil d’école ou au Conseil d’administration ?**□ Oui □ Non**Le projet a t-il été présenté au CESCE ?**□ Oui □ Non |
| **Diagnostic :****Constat + analyse des causes et des freins**  | **Quelles sont les différentes problématiques liées à la santé ciblées par le projet (Thématiques) ?****Les élèves ont-ils participé à la réalisation du diagnostic ?**□ Oui □ Non**Présentation des indicateurs de santé et/ou du climat scolaire qui témoignent des problèmes rencontrés**Pièce jointe : □**Analyse des causes des problématiques ciblées et des freins au projet**Pièce jointe : □**Avez-vous mené une enquête interne pour appuyer votre diagnostic ?**□ Oui □ NonSi oui :Pièce jointe : □ |
| **Objectifs****Du projet** | **Présentez les objectifs du projet EPSA (principal et spécifiques)****Votre démarche s’inscrit-elle dans le cadre d’un appel à projet ?**□ Oui □ Non**Si oui, précisez lequel :**□ CESCE/ARS □ NEFLE □ CITE EDUCATIVE □ CLS □ POLITIQUE DE LA VILLE □ CLE□ Autre (préciser) : …………………………… |
| **Population ciblée****Disciplines concernées** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Niveaux de classe concernés** | **Nombre de classes impliquées** | **Nombre d’élèves impliqués** |
|  |  |  |

**Certains élèves impliqués ont-ils le statut :****d’ambassadeur égalité fille-garçon ?** □ Oui □ Non**D’ambassadeur harcèlement ?**□ Oui □ Non**D’ambassadeur édusanté ?**□ Oui □ Non**Quelles sont les disciplines concernées par le projet ?****Comment les CPS des élèves sont-elles mobilisées dans votre projet ? (texte argumenté - 10 lignes environ)** |
| **Pilotage et équipe de projet** | **Existe-t-il un comité de pilotage des actions EPSA ?**□ Oui □ Non**Si oui, quels sont les acteurs représentés dans le comité de pilotage?**□ Personnel de direction□ Gestionnaire□ Conseiller pédagogique□ Enseignants□ Infirmier(e)□ Assistante sociale□ PSY-EN□ Représentants des collectivités territoriales□ Représentants d’associations ou structures publiques□ Personnel de vie scolaire□ CPE□ Secrétaire□ Agents□ Référents (égalité fille-garçon, harcèlement, EDD, …)□ Représentants de parents**Si oui, à quelle fréquence se réunit l’instance de concertation ?****Une stratégie de pérennisation du projet a-t-elle été mise en place ?** □ Oui □ Non**Quelles sont les acteurs de l’équipe opérationnelle du projet ?**□ Conseiller pédagogique. Nombre :□ Enseignants. Nombre :□ Personnel santé social. Nombre :□ Représentants des collectivités territoriales. Précisez : □ Représentants d’associations ou structures publiquesNoms des associations et structures publiques concernées par la mise en œuvre des actions : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..□ Personnel de vie scolaire. Nombre :□ Secrétaire. Nombre :□ Agents. Nombre :□ Référents égalité fille-garçon, harcèlement… Nombre :□ Représentants de parents. Nombre : |
| **Acteurs concernés****Actions mises en œuvre** | **Afin de répondre aux objectifs, un plan d’actions a t-il été rédigé ?**□ Oui □ Non**Si oui, transmettre en pièce jointe le plan d’action précisant pour chaque objectif :****\*les différentes actions mises en place ou prévues,****\*les acteurs de l’éducation nationale concernés (actuels et futurs)** **\*les partenaires déjà impliqués et ceux à contacter****\*les classes concernées****\*et le calendrier prévisionnel.****Dans quel cadre les actions sont-elles mises en œuvre ?**□ Club / Atelier□ Projet disciplinaire en classe□ Projet interdisciplinaire□ Projet inter-degré (école-collège ou collège-lycée)□ Temps périscolaire□ Projet du CVL / CVC□ Infirmerie□ Autre : ……………………. |
| **Formation** | **Des membres coordinateurs ont-ils participé à des formations en lien avec la prévention et la promotion de la santé ?**□ Oui □ Non**Si oui, indiquez le nom des formations et les fonctions des personnes formées :** |
| **Communication** | **Comment les actions EPSA sont-elles valorisées à l’intérieur de l’établissement ?****Comment les actions EPSA sont-elles valorisées à l’extérieur de l’établissement ?**□ Articles de presse□ Publications Internet□ Autre :**Indiquez ici les liens vers les publications :** |
| **Evaluation** | **Une évaluation des actions engagées est-elle prévue dans l’année ?**□ Oui □ Non**Si oui, les élèves sont-ils associés à cette évaluation ?**□ Oui □ Non**Si une évaluation des actions a déjà été réalisée cette année ou les années précédentes, la****joindre au formulaire**Pièce jointe : □**A ce stade de votre démarche EPSA, des modifications de fonctionnement ont-elles été réalisées?**□ Oui □ Non**Si oui, précisez de quelle nature :** |

|  |
| --- |
| **Résumé de la candidature (actions importantes, partenaires, …)****Nombre total de pièces jointes :**  |
| **Date :**  | **Signature du chef d’établissement ou du directeur d’école :**  | **Cachet de l’établissement** |