

**Visite mutuelle de classe**

Nom :

Prénom :

Discipline :

Etablissement :

**EAFC**

Ecole académique de la formation continue  
8 rue Général Margueritte

BP 72616

44326 Nantes cedex 3

02 72 56 65 90

[ce.eafc@ac-nantes.fr](mailto:ce.eafc@ac-nantes.fr)

**Je souhaite travailler avec**

Nom :

Prénom :

Discipline :

Etablissement :

**Sur le thème** :

**et me rendre dans son établissement**

le (les) :

horaires :

**J’ai informé mon chef d’établissement et l’inspecteur de ma discipline de mon projet.**

Signature de l’enseignant, Signature du chef d’établissement de l’enseignant,

Avis du chef **d’établissement d’accueil**, signature et cachet,

*Un ordre de mission sera délivré par l‘EAFC à réception de ce document.*