

**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

**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.*