*A REMPLIR POUR LE VENDREDI 30 avril 2017*

|  |
| --- |
| ***Présentation* *générale*** |
| **Type d’événement** |
| *Projection commentée, visite de collections, sortie/porte ouverte, animation* |
| **Thème**  |
|  |
| **Titre de l'évènement**  |
|  |
| **Résumé (300 signes)** |
| *Le résumé sera l’objet d’échanges et de modifications éventuelles pour les besoins de communication* |

|  |
| --- |
| ***Communication*** |
| **Visuel (joindre une proposition en .jpg 300 dpi)** |
| **adresse Facebook de l’organisme intervenant** |
|  |
| **logo de l’organisme intervenant (joindre un fichier .jpg)** |

|  |
| --- |
| ***Déroulement***  |
| **Public visé** |
| * Précisez le niveau de l’animation scolaire *(nous contacter si vous avez des questions)* :

 ❒ Maternelle  ❒ CP, CE1, CE2  ❒ CM1, CM2, 6ème ❒ 5ème, 4ème, 3ème ❒ Lycée  ❒ Enseignement supérieur |
| **Secteur d’intervention** |
|  ❒ Rennes Métropole  ❒ Pays de Saint-Malo ❒ Pays de Fougères ❒ Pays de Vitré ❒ Pays de Vallons de Vilaine ❒ Pays de Redon et Vilaine ❒ Pays de Brocéliande |
| **Date(s) et horaires**  |
| *Préciser vos disponibilités le plus précisément possible* |
| **Durée**  |
| *Merci d’adapter la durée à l’âge des publics visés* |
| **Lieu d’intervention**  *(si différente de celle de l’organisme d’accueil)* |
|  ❒ vous disposez d’un lieu pour accueillir les publics. Précisez l’adresse  ❒ vous pouvez vous déplacer dans l’établissement scolaire |
| **Effectif maximum** |
|  |
| **Accessibilité** |
| Accessibilité du lieu pour les personnes à mobilité réduite : *oui, non* |
| Accessibilité de l’événement pour les personnes en situation de handicap : *sourds, aveugles et mal-voyants* |
| Le lieu d’accueil possède t-il le label “tourisme et handicap” ? *oui, non*  |

|  |
| --- |
| ***Contacts***  |
| **Contact intervenant-e-s**  |
| ORGANISME : Adresse : CP-ville : |
| Intervenant-e référent-e : Nom et prénom : Fonction : Métier *(mentionné sur la plaquette, comme agronome, botaniste, auteur,...)* Mél : Téléphone(s) *(portable de préférence)*  |
| Autres intervenant-e-s : Nom et prénom : Fonction : Mél : |
| Chargé-e de communication de l’organisme  |
| **Contact lieux d’accueil** |
| ORGANISME : Adresse : CP-ville : |
| personne référente : Nom et prénom : Fonction : Mél : Téléphone(s) *(portable de préférence)*  |
| Chargé-e de communication de l’organisme |

|  |
| --- |
| ***Remarques diverses***  |
| Du lieu d’accueil  |
| De l’intervenant-e : *prévoir une place de parking pour décharger du matériel*  |