

LIVRET DU TUTORAT DES INFIRMIERS

- ACADEMIE DE DIJON -

Dans le cadre d'une politique d'accueil des professionnels nouvellement nommés, un dispositif d'accompagnement est mis en place pour faciliter l'intégration des infirmiers.

Il comporte deux temps :

- **Un stage d'adaptation à l'emploi d'une durée de 30 heures**, décomposé comme suit (sous réserve d'évolution) :
 - Jour 1 : La connaissance du fonctionnement de l'Education Nationale, les missions et le statut de l'infirmier scolaire.
 - Jour 2 : La protection de l'enfance
 - Jour 3 : la contraception.
 - Jour 3 : Les spécificités de l'adolescent.
 - Jour 4 : Bilan de santé et mise en place d'un projet de santé.
- Au cours de l'année de la prise de fonction, **un tutorat** est assuré par un infirmier expérimenté.

Une phase de désignation des tuteurs par les infirmiers conseillers techniques départementaux (ICTD) en concertation avec l'infirmier conseiller technique du recteur (ICTR), selon les critères suivants :

- Personne volontaire,
- Personne proche géographiquement du secteur d'intervention du tuteuré,
- Personne formée,
- Personne disponible toute la durée de l'année scolaire en cours ;

Moyens mis en œuvre :

- Indemnisation du tuteur : 220€ brut par tutorat.
- Remboursement des frais de déplacement du tuteur ou du tuteuré sur la base du tarif kilométrique SNCF 2nde classe, dans la limite de 10 déplacements.

Pour pouvoir prétendre à cette rémunération et au défraiement, le tuteur doit **envoyer à la DAFOP** (ce.dafop@ac-dijon.fr) au plus tard le **11/06/2018**, les éléments suivants complétés :

- le **formulaire de remboursements de frais de déplacements** (page 2),
- la **fiche de rémunération en vacances** (page 3),
- la **fiche de suivi co-signée** par le tuteur et le tuteuré à chaque rencontre (page 4).

Afin d'évaluer la pertinence du tutorat et ses résultats, un **document de suivi pédagogique** (page 5, 6, 7 et 8) est également à remplir, un exemplaire par le tuteur et un exemplaire par le tuteuré, et à **envoyer à l'ICTR** (elisabeth.de-la-brosse@ac-dijon.fr) au plus tard le **11/06/2018**.

FORMULAIRE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DEPLACEMENT - TUTORAT - Année 2017-2018

Rectorat de l'académie de Dijon – DAFOP
 2 G rue du Général Delaborde - BP 81921
 21019 DIJON Cedex

TYPE DE TUTORAT

Gestionnaire Agent comptable Assistant(e) social(e) Infirmier(ère) Secrétaire
 Enseignant(e) CPE Chef de travaux COP Autre :

IDENTITE DU DEMANDEUR DU REMBOURSEMENT :

Nom : Nom de naissance : Prénom :

Résidence administrative : Code postal : Ville :

Résidence personnelle : Code postal : Ville :

Nom, prénom et affectation du tuteur

Nom et prénom : Affectation :

Nom, prénom et affectation du tuteuré

Nom et prénom : Affectation :

DEPLACEMENTS – Joindre les justificatifs originaux (billets de train, factures d'hôtel...)

Lieu de départ	Lieu d'arrivée	Date et heure de départ	Date et heure de retour	Mode de transport	Repas (préciser nombre)	Nuitée (préciser nombre)
		...../...../..... .....h.....	...../...../..... .....h.....	<input type="checkbox"/> Véhicule personnel <input type="checkbox"/> Ailler ou <input type="checkbox"/> Ailler-Retour <input type="checkbox"/> Train payé par l'agent :€ <input type="checkbox"/> Covoiturage : <input type="checkbox"/> Autre :	Déjeuner <input type="checkbox"/> Ets admin : <input type="checkbox"/> Autre : <input type="checkbox"/> Gratuit : Dîner <input type="checkbox"/> Payant : <input type="checkbox"/> Gratuit :	<input type="checkbox"/> Payant : <input type="checkbox"/> Gratuit :
		...../...../..... .....h.....	...../...../..... .....h.....	<input type="checkbox"/> Véhicule personnel <input type="checkbox"/> Ailler ou <input type="checkbox"/> Ailler-Retour <input type="checkbox"/> Train payé par l'agent :€ <input type="checkbox"/> Covoiturage : <input type="checkbox"/> Autre :	Déjeuner <input type="checkbox"/> Ets admin : <input type="checkbox"/> Autre : <input type="checkbox"/> Gratuit : Dîner <input type="checkbox"/> Payant : <input type="checkbox"/> Gratuit :	<input type="checkbox"/> Payant : <input type="checkbox"/> Gratuit :
		...../...../..... .....h.....	...../...../..... .....h.....	<input type="checkbox"/> Véhicule personnel <input type="checkbox"/> Ailler ou <input type="checkbox"/> Ailler-Retour <input type="checkbox"/> Train payé par l'agent :€ <input type="checkbox"/> Covoiturage : <input type="checkbox"/> Autre :	Déjeuner <input type="checkbox"/> Ets admin : <input type="checkbox"/> Autre : <input type="checkbox"/> Gratuit : Dîner <input type="checkbox"/> Payant : <input type="checkbox"/> Gratuit :	<input type="checkbox"/> Payant : <input type="checkbox"/> Gratuit :
		...../...../..... .....h.....	...../...../..... .....h.....	<input type="checkbox"/> Véhicule personnel <input type="checkbox"/> Ailler ou <input type="checkbox"/> Ailler-Retour <input type="checkbox"/> Train payé par l'agent :€ <input type="checkbox"/> Covoiturage : <input type="checkbox"/> Autre :	Déjeuner <input type="checkbox"/> Ets admin : <input type="checkbox"/> Autre : <input type="checkbox"/> Gratuit : Dîner <input type="checkbox"/> Payant : <input type="checkbox"/> Gratuit :	<input type="checkbox"/> Payant : <input type="checkbox"/> Gratuit :
		...../...../..... .....h.....	...../...../..... .....h.....	<input type="checkbox"/> Véhicule personnel <input type="checkbox"/> Ailler ou <input type="checkbox"/> Ailler-Retour <input type="checkbox"/> Train payé par l'agent :€ <input type="checkbox"/> Covoiturage : <input type="checkbox"/> Autre :	Déjeuner <input type="checkbox"/> Ets admin : <input type="checkbox"/> Autre : <input type="checkbox"/> Gratuit : Dîner <input type="checkbox"/> Payant : <input type="checkbox"/> Gratuit :	<input type="checkbox"/> Payant : <input type="checkbox"/> Gratuit :

Certifié exact, A le	Signature	Vérification DAFOP Signature
--	-----------	---------------------------------

CADRE 1 IDENTIFICATION

 N° NUMEN :

 N° INSEE :

 M. Mme

Nom..... Prénom.....

Nom de jeune fille..... Date de naissance.....

Nationalité..... Pays de naissance.....

Commune de naissance.....

Adresse personnelle.....

 Code postal Ville.....

Pays de résidence.....

CADRE 2 PROFESSION

 ÉDUCATION NATIONALE

ÉTABLISSEMENT D'EXERCICE ET ADRESSE :

 TITULAIRE

 CONTRACTUEL

 VACATAIRE

AUTRE (à préciser)

PERSONNEL EXERÇANT AU SEIN DE LA FONCTION PUBLIQUE

 AUTRE FONCTION PUBLIQUE D'ÉTAT

ADRESSE EMPLOYEUR :

 TITULAIRE

 CONTRACTUEL

 VACATAIRE

AUTRE (à préciser)

PERSONNEL EXERÇANT HORS FONCTION PUBLIQUE

EMPLOYEUR ET ADRESSE.....

 PROFESSION LIBÉRALE CHEF D'ENTREPRISE ARTISAN SALARIÉ

 INTERMITTENT DU SPECTACLE RETRAITÉ - 65 ans RETRAITÉ + 65 ans AUTRE

Retourner la fiche de renseignement accompagnée des pièces à joindre

CADRE 3 DISPOSITIF DE FORMATION (reporter les indications figurant sur l'ordre de mission)

 N° dispositif

 N° module

Année	Imputation

Intitulé du module :

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

DATE		Nombre d'heures		VACATIONS ou heures supplémentaires			
Début	Fin	Co-animateur	Animateur	Nb d'heures	Code indemnité	Taux	Montant brut

Certifié exact,

A le

Signature de l'intéressé(e)

Vérification par la DAFOP

Date :

Visa:

Le délégué académique à la formation des personnels :

Nom du service gestionnaire :

Date d'arrivée au service gestionnaire :

MISSIONS DE L'INFIRMIER(E)

EVALUATION DES ACQUISITIONS AU COURS DE L'ANNEE 2017/2018

Document à remplir par le STAGIAIRE :

Nom : Prénom : Etablissement :
Tutoré par :

Nom : Prénom : Etablissement :

ITEMS	ACQUIS	EN COURS D'ACQUISITION	DIFFICULTES D'ACQUISITION	NON PRATIQUE
Accueil et accompagnement des élèves				
Accueil des parents				
Organisation des urgences				
Participation aux soins				
Participation aux bilans de santé				
Participation au suivi de l'état de santé des élèves				
Participation à la surveillance des élèves soumis à des conditions particulières				
Participation au développement d'une dynamique d'éducation à la santé				
Participation aux recherches en matière d'hygiène, sécurité, ergonomie et épidémiologie				
Tenue matérielle de l'infirmerie				
Liaisons dans l'institution et hors de l'institution				

Le tuteur a-t-il été présent ? (présence physique, appels téléphoniques, mails.....)

Le stagiaire a-t-il été demandeur ? (curiosité, prise d'initiatives, réactif aux remarques....)

Date :

Signature STAGIAIRE :

MISSIONS DE L'INFIRMIER(E)

EVALUATION DES ACQUISITIONS AU COURS DE L'ANNEE 2017/2018

Document à remplir par le TUTEUR :

Nom :

Prénom :

Etablissement :

Tuteur de :

Nom :

Prénom :

Etablissement :

ITEMS	ACQUIS	EN COURS D'ACQUISITION	DIFFICULTES D'ACQUISITION	NON PRATIQUE
Accueil et accompagnement des élèves				
Accueil des parents				
Organisation des urgences				
Participation aux soins				
Participation aux bilans de santé				
Participation au suivi de l'état de santé des élèves				
Participation à la surveillance des élèves soumis à des conditions particulières				
Participation au développement d'une dynamique d'éducation à la santé				
Participation aux recherches en matière d'hygiène, sécurité, ergonomie et épidémiologie				
Tenue matérielle de l'infirmerie				
Liaisons dans l'institution et hors de l'institution				

Le stagiaire a-t-il été demandeur ? (curiosité, prise d'initiatives, réactif aux remarques....)

Le tuteur a-t-il été présent ? (présence physique, appels téléphoniques, mails.....)

Date :

Signature TUTEUR :