

Vlaams Ministerie van Onderwijs en Vorming

Onderwijsinspectie

Hendrik Consciencegebouw
Koning Albert II-laan 15
1210 BRUSSEL

doorlichtingssecretariaat@ond.vlaanderen.be
www.onderwijsinspectie.be

Verslag over de opvolgingsdoorlichting van GO! CLB Dender te AALST

Hoofdstructuur centra voor leerlingenbegeleiding

Instellingsnummer 114439

Instelling GO! CLB Dender

Directeur Marianne DE WAEL

Adres Zonnestraat 25 - 9300 AALST

Telefoon 053-60.32.80

Fax 053-71.02.53

E-mail info@clbaalst.be

Website www.clbaalst.be

Bestuur van de instelling GO! scholengroep Dender

Adres Welvaartstraat 70 4 - 9300 AALST

Dagen van het opvolgingsbezoek 15-02-2017

Einddatum van het opvolgingsbezoek 15-02-2017

Datum bespreking verslag met de instelling 10-03-2017

Samenstelling inspectieteam

Inspecteur-verslaggever Annemarie DESMYTTERE

Teamleden Trui VAN RIE

INHOUDSTAFEL

INLEIDING	3
1 HISTORIEK	4
2 TE REMEDIEREN TEKORT(EN).....	4
3 ZIJN DE TEKORTEN GEREMEDIEERD?	4
3.1 Kwaliteitsbeleid: Kwaliteitsbeleid conform hoofdstuk XI DCLB.....	4
4 ADVIES EN REGELING VOOR VERVOLG	7

INLEIDING

Dit verslag is het resultaat van de opvolgingsdoorlichting van het centrum door de onderwijsinspectie van de Vlaamse Gemeenschap. Het decreet betreffende de kwaliteit van onderwijs van 8 mei 2009 geeft haar de opdracht hiertoe.

Als het centrum bij een doorlichting een beperkt gunstig advies kreeg, volgt na de periode, vermeld in het advies, een opvolgingsdoorlichting. Tijdens een opvolgingsdoorlichting gaat de onderwijsinspectie na of de bij de voorgaande doorlichting vastgestelde tekortkomingen voldoende werden geredimeerd.

Het referentiekader dat de onderwijsinspectie gebruikt bij een (opvolgings)doorlichting is opgebouwd rond de componenten context, input, proces en output:

- context: de omgevingskenmerken en de kenmerken van administratieve, materiële, bestuurlijke en juridische aard die het centrum karakteriseren
- input: kenmerken van het personeel en van de leerlingen of cursisten van het centrum
- proces: initiatieven die het centrum neemt om output te realiseren, rekening houdend met haar context en input
- output: de resultaten die het centrum met haar leerlingen of cursisten bereikt.

Meer info over het CIPO-referentiekader vindt u op www.onderwijsinspectie.be.

Tijdens het opvolgingsbezoek verzamelt het inspectieteam bijkomende informatie via observaties, gesprekken en analyse van documenten.

De opvolgingsdoorlichting resulteert in een opvolgingsverslag dat bestaat uit een concluderend gedeelte en een advies.

Het concluderende gedeelte omvat de conclusies van de opvolging.

Het opvolgingsverslag eindigt met een advies dat betrekking heeft op de volledige organisatie. De onderwijsinspectie kan twee adviezen uitbrengen:

- een gunstig advies: het inspectieteam adviseert gunstig over de verdere erkenning van het centrum.
- een ongunstig advies: het inspectieteam adviseert om de procedure tot intrekking van de erkenning van het centrum op te starten.

Bij een ongunstig advies beoordeelt de onderwijsinspectie bovendien of het centrum de vastgestelde tekorten zelfstandig kan wegwerken.

Binnen een termijn van dertig kalenderdagen na ontvangst van het definitieve opvolgingsverslag informeert de directeur van het centrum alle personeelsleden over de mogelijkheid tot inzage.

Binnen de dertig kalenderdagen na ontvangst moet de directeur van het centrum het verslag volledig bespreken tijdens een personeelsvergadering. Het bestuur van het centrum of zijn gemandateerde tekent het verslag voor gezien. Het bestuur stuurt het binnen dertig kalenderdagen na ontvangst terug naar de onderwijsinspectie en maakt eventueel melding van zijn opmerkingen.

Het centrum mag het verslag niet gebruiken voor publicitaire doeleinden.

Meer informatie?

www.onderwijsinspectie.be en www.doorlichtingsverslagen.be

1 HISTORIEK

Het vorige doorlichtingsbezoek vond plaats van 07-01-2014 tot 13-01-2014 en werd afgesloten met een beperkt gunstig advies. Vanaf 13-01-2017 moet het centrum kunnen aantonen dat tekort(en) die aan de basis lagen van dit advies, in voldoende mate werden geremedieerd. Dit verslag beschrijft in welke mate het centrum daarin is geslaagd.

2 TE REMEDIEREN TEKORT(EN)

- de erkenningsvoorwaarde '**voldoen aan de onderwijsdoelstellingen**'

Kwaliteitsbeleid

Kwaliteitsbeleid conform hoofdstuk XI DCLB

3 ZIJN DE TEKORTEN GEREMEDIEERD?

3.1 Kwaliteitsbeleid: Kwaliteitsbeleid conform hoofdstuk XI DCLB

Voldoet niet

<i>kwaliteitscoördinator</i> <i>kwaliteitsplan</i> <i>kwaliteitshandboek</i> <i>kwaliteitsbeleid</i> <i>zorg voor kwaliteit</i>	Het CLB GO! Aalst werd doorgelicht in januari 2014. De onderwijsinspectie oordeelde dat het centrum voldeed aan de erkenningsvoorwaarden zoals beschreven in het CLB-decreet voor 'infrastructuur' (taken kwaliteitsvol uitvoeren en privacy garanderen), 'leerlinggebonden aanbod' (afwezigheidsproblemen, leren en studeren en zorgvragen preventieve gezondheidszorg), 'preventieve gezondheidszorg' (vaccinaties), 'schoolondersteuning' (participatie aan gestructureerd overleg) en 'kinderrechten' (decreet rechtspositie minderjarigen respecteren). Voor de erkenningsvoorwaarde 'kwaliteitsbeleid' (kwaliteitsbeleid conform hoofdstuk XI DCLB) voldeed het centrum niet. Hierdoor werd het doorlichtingsbezoek afgesloten met een beperkt gunstig advies en moest het centrum vanaf 13-01-2017 kunnen aantonen dat ook dat tekort 'kwaliteitsbeleid' in voldoende mate werd geremedieerd. Het kwaliteitsbeleid in een centrum is namelijk een onmisbare hefboom voor kwaliteitsontwikkeling, voor een beleid dat streeft naar kwaliteitsvolle dienstverlening en continue verbetering.
---	--

Na de doorlichting (13-14) legde het centrum de focus op de formele aspecten die de regelgeving rond kwaliteitszorg bepaalt. De kwaliteitscoördinator, in samenspraak met het toenmalig kwaliteitsteam, werkte aan een kwaliteitshandboek, stelde een visie op, en schreef kwaliteitsplannen uit. Vervolgens ondernam het centrum diverse initiatieven om een structuur en strategie uit te bouwen voor de uitwerking van het kwaliteitsbeleid. Afgelopen jaren wijzigden deze structuren meermaals en werden diverse strategieën uitgeprobeerd. Ondanks alle pogingen is het centrum er onvoldoende in geslaagd om kwaliteitsplannen te ontwikkelen die voldoen aan de regelgeving, om kwaliteitszorg te ontwikkelen als een verantwoordelijkheid van alle personeelsleden én om kwaliteitszorg te verankeren in het geheel van de CLB werking.

Dat het verbetertraject niet heeft geleid tot een gedragen en stabiel kwaliteitsbeleid met resultaten en effecten tot op de werkvloer heeft verschillende oorzaken.

Een eerste probleem situeert zich op het niveau van ongunstige randvoorwaarden. De perceptie van de medewerkers dat kwaliteitszorg in het verleden steeds een theoretische, formele en vooral papieren constructie is die mijlenver afstaat van de dagdagelijkse werking, de terughoudendheid van de medewerkers om mee te werken op beleidsniveau en de stijgende werkdruk omwille van fundamentele inhoudelijke vernieuwingen in de regelgeving hypothekeren een vlotte start van een nieuw kwaliteitsbeleid.

Een tweede knelpunt situeert zich op het niveau van een stabiele overlegstructuur die het kwaliteitsbeleid coördineert, vorm geeft en bewaakt. Het kwaliteitsteam dat na de doorlichting samen met de directeur en de kwaliteitscoördinator het kwaliteitsbeleid en de kwaliteitszorg opnieuw op gang heeft getrokken, is geleidelijk aan uit elkaar gevallen. Verschillende leden haakten af, anderen waren langdurig afwezig. Informatie vanuit het kwaliteitsteam kwam weliswaar op verschillende personeelsvergaderingen aan bod, maar die aanpak versterkte bij heel wat medewerkers de negatieve perceptie die ze in het verleden over kwaliteitszorg hadden opgebouwd. Op basis van oplossingsgerichte gesprekken door de pedagogische begeleidingsdienst na de welzijnsenquête en na de bevraging van de leden van het kwaliteitsteam kwam het team tot de conclusie dat er op het vlak van gedragenheid in twee schooljaren weinig of geen progressie was geboekt. Daarom heeft het kwaliteitsteam voorgesteld om het kwaliteitsplan 'Dienstverlening' te koppelen aan de doelen van de verschillende werkgroepen. Sinds dit schooljaar maken vertegenwoordigers van de werkgroepen deel uit van het kwaliteitsteam. Daarnaast organiseert het centrum open kwaliteitsteams waar medewerkers op vrijwillige basis aan kunnen participeren. Deze nieuwe aanpak heeft gezorgd voor een broze positieve kentering in de houding van een aantal medewerkers.

Een derde knelpunt heeft te maken met de opbouw en de invulling van de kwaliteitsplannen zelf. De oorspronkelijke kwaliteitsplannen waren geënt op het strategisch plan 2011-2016, maar in schooljaar 14-15 werd een nieuw strategisch plan 2015-2020 opgemaakt. Dit strategisch plan omvat vier strategische doelen, met onderliggende operationele doelen. Voor elk strategisch doel is een kwaliteitsplan ontwikkeld. De integratie van uiteenlopende doelen in een en hetzelfde kwaliteitsplan en het breed en algemeen karakter van de operationele doelen ondermijnen de systematiek. De kwaliteitsplannen sporen in onvoldoende mate met essentiële onderdelen van de regelgeving: een duidelijk tijdspad, een planning van tussentijdse evaluatiemomenten, meetinstrumenten en procedures waarmee de vorderingen zullen worden getoetst. Bovendien bepaalt het centrum nog geen kwaliteitsindicatoren voor de gekozen doelen. De kwaliteitsplannen zijn veeleer registratiedocumenten waarin doorlopen acties en evaluatiemomenten worden opgelijst. Het zijn geen planningsdocumenten waar de specifieke praktijken, middelen en processen, relevant voor de kwaliteitsverbetering, stap voor stap uiteengezet en gepland worden.

4 ADVIES EN REGELING VOOR VERVOLG

In uitvoering van het decreet betreffende de kwaliteit van onderwijs van 8 mei 2009 is het advies voor erkenning van tekort(en) zoals vermeld in punt 2 van dit verslag:

ONGUNSTIG

- voor de **erkenningsvoorwaarde**

Kwaliteitsbeleid

Kwaliteitsbeleid conform hoofdstuk XI DCLB

In uitvoering van het decreet betreffende de kwaliteit van onderwijs van 8 mei 2009 is het advies met betrekking tot het zelfstandig remediëren van tekorten:

de onderwijsinspectie oordeelt dat de instelling een beroep moet doen op externe ondersteuning om de tekorten te remediëren.

In uitvoering van het decreet betreffende de kwaliteit van onderwijs van 8 mei 2009 en meer bepaald het artikel 39 §4 3°, wordt de procedure tot intrekking van de erkenning van de instelling opgestart.

Namens het inspectieteam	Voor kennisname namens het bestuur
Annemarie DESMYTTERE de inspecteur-verslaggever	Marianne DE WAEL de directeur
Datum van verzending aan de directie en het bestuur van het centrum	

5 ADDENDUM

Het bestuur van de instelling heeft een beroep gedaan op art. 41 §2 van het Kwaliteitsdecreet van 8 mei 2009. Het heeft binnen de opgelegde termijn na het ontvangen van het ongunstig advies de opschorting van de procedure tot intrekking van de erkenning aangevraagd op basis van een door het bestuur van de instelling uitgewerkt verbeteringsplan.

Op basis van het ministerieel besluit van 18 mei 2010 houdende delegatie van sommige bevoegdheden inzake onderwijs aan de inspecteur-generaal en conform art. 3 en 4 van het besluit van de Vlaamse Regering houdende de vaststelling van de criteria ter beoordeling van verbeteringsplannen van 17 januari 2014 keurde de inspecteur-generaal het ingediende verbeteringsplan goed. De procedure tot intrekking van de erkenning wordt hierdoor opgeschort tot en met **13 september 2019**.

De instelling stuurt binnen 60 kalenderdagen na het ontvangen van het definitieve, ongunstige doorlichtingsverslag een afgedrukte versie van het verbeteringsplan met de nodige handtekeningen per aangetekende zending naar:

mevrouw Annelies Van Lokeren
Ministerie van Onderwijs en Vorming
Consciencegebouw, lokaal 2AB03
Koning Albert II-laan 15
1210 Brussel

De instelling stuurt gelijktijdig een digitale versie van het verbeteringsplan naar

annelies.vanlokeren@ond.vlaanderen.be (stafmedewerker)

1 Identificatie

1.1 Gegevens van het centrum

Instellingsnummer: 114439

Instelling: CLB Dender

Directeur: Mevr. Deborah Van Humbeeck

Contactpersoon: Mevr. Deborah Van Humbeeck

Adres: Zonnestraat 25 9300 Aalst

Telefoon: 053 603280

E-mail: info@clbaalst.be

Bestuur van de instelling: GO! Scholengroep Dender

Scholengemeenschap:

Datum verslag doorlichting: 10/03/2017

1.2 Gegevens van de PBD

Adviseur-coördinator: Saskia Lieveyns

Adres: Willebroekkaai 36 te 1000 Brussel

Tel.: 02 790 96 10

E-mail: Saskia.lieveyns@g-o.be

2 Lijst van de tekorten

Kwaliteitsbeleid : kwaliteitsbeleid conform hoofdstuk XI DCLB Vaststellingen

Onvoldoende voor de erkenningsvoorwaarde "Kwaliteitsbeleid – Kwaliteitsbeleid conform hoofdstuk XI DCLB".

Het centrum is er onvoldoende in geslaagd:

- om kwaliteitsplannen te ontwikkelen die voldoen aan de regelgeving
- om kwaliteitszorg te ontwikkelen als een verantwoordelijkheid van alle personeelsleden
- om kwaliteitszorg te verankeren in het geheel van de CLB-werking.

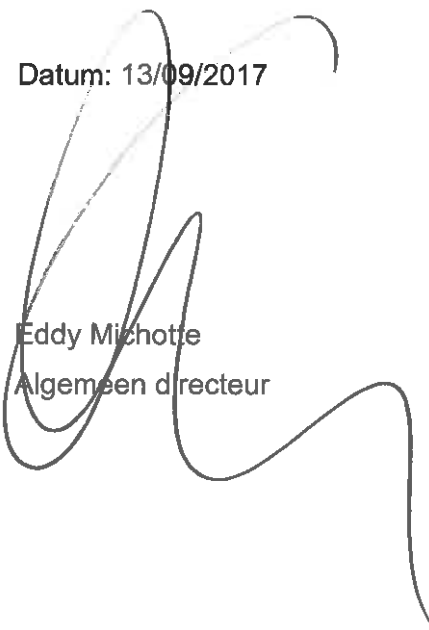
Tekorten:

- ✓ Er is geen stabiele overlegstructuur die het kwaliteitsbeleid coördineert, vorm geeft en bewaakt.
- ✓ De medewerkers percipiëren kwaliteitszorg als een theoretische, formele en papieren constructie die mijlenver afstaat van de dagdagelijkse werking en het beleid is er niet in geslaagd om gedragenheid te creëren.
- ✓ Fundamentele inhoudelijke vernieuwingen in de regelgeving leiden tot een stijgende werkdruk en hypothekeren een vlotte start van een nieuw kwaliteitsbeleid.
- ✓ Het strategisch plan mist systematiek omdat :
 - De operationele doelen onvoldoende gekaderd zijn in het strategisch plan.
 - De operationele doelen onvoldoende specifiek zijn.
- ✓ In de kwaliteitsplannen ontbreken essentiële onderdelen van de regelgeving; meer bepaald:
 - Een duidelijk tijdspad.
 - Een planning van tussentijdse evaluatiemomenten.
 - Meetinstrumenten en procedures waarmee de vorderingen zullen worden geëvalueerd.
 - Kwaliteitsindicatoren voor de gekozen doelen

3 Vraag naar opschorting¹

De heer Eddy Michotte, algemeen directeur van scholengroep Dender, vraagt opschorting van de procedure tot intrekking van de erkenning van GO! CLB Dender tot 13/09/2019.

Datum: 13/09/2017



Eddy Michotte
Algemeen directeur



Datum waarvan de instelling aanneemt dat ze haar verbeteringsdoelstellingen ten laatste zal bereikt hebben + 3 maanden.

4 Actieplan

Vaststellingen

Onvoldoende voor de erkenningsvoorwaarde "Kwaliteitsbeleid – Kwaliteitsbeleid conform hoofdstuk XI DCLB".

Het centrum is er onvoldoende in geslaagd:

- om kwaliteitsplannen te ontwikkelen die voldoen aan de regelgeving
- om kwaliteitszorg te ontwikkelen als een verantwoordelijkheid van alle personeelsleden
- om kwaliteitszorg te verankeren in het geheel van de CLB-werking.

Tekorten:

- ✓ Er is geen stabiele overlegstructuur die het kwaliteitsbeleid coördineert, vorm geeft en bewaakt.
- ✓ De medewerkers percipiëren kwaliteitszorg als een theoretische, formele en papieren constructie die mijlenver afstaat van de dagdagelijkse werking en het beleid is er niet in geslaagd om gedragenheid te creëren.
- ✓ Fundamentele inhoudelijke vernieuwingen in de regelgeving leiden tot een stijgende werkdruk en hypothekeer een vlotte start van een nieuw kwaliteitsbeleid.
- ✓ Het strategisch plan mist systematiek omdat :
 - o De operationele doelen onvoldoende gekaderd zijn in het strategisch plan.
 - o De operationele doelen onvoldoende specifiek zijn.
- ✓ In de kwaliteitsplannen ontbreken essentiële onderdelen van de regelgeving; meer bepaald:
 - o Een duidelijk tijdspad.
 - o Een planning van tussentijdse evaluatiemomenten.
 - o Meetinstrumenten en procedures waarmee de vorderingen zullen worden geëvalueerd.
 - o Kwaliteitsindicatoren voor de gekozen doelen

Doelstellingen

- Het team formuleert de kernopdracht van het CLB helder, bepaalt prioriteiten en werkt er PDCA-gewijs aan.

Actie	Betrokken actoren	Middelen	Data tussentijds evalueren	Hoe meten?	
				Instrument	SVZ
Het team bewustmaken en sensibiliseren om continu mee te werken aan het cyclische van de kwaliteitszorg	Het voltallige team PBD	Interne vorming door de PBD	12/09/17	Via personeelsbevraging	
De kernopdracht van het CLB samen met team scherpstellen	Het voltallige team PBD	Teamdag 12/09/17	12/09/17 30/06/18	Kernopdracht is geformuleerd en opgenomen in het kwaliteitshandboek	
Samen met het team prioriteiten binnen de kernopdracht vastleggen in een beleidsplan en bepalen wie aan welke deelopdrachten zal werken	Het voltallige team PBD	Teamdag 12/09/17	12/09/17 31/12/17	Consensusbeslissing van het team en de prioriteiten zijn vastgelegd in een beleidsplan	
De deelgroepen vertalen de prioriteiten naar concrete en SMART-geformuleerde doelen en koppelen hieraan een actieplan (PDCA)	Het voltallige team PBD	PDCA-sjabloon	31/12/17	Plannen bevatten SMART-doelen en acties	
De deelgroepen delen de ambities en de plannen met elkaar	Voltallige team	Voltallige team	Minimaal 3 keer per schooljaar	Vast agendapunt op PV	

- Het team is doordrongen van de meerwaarde van een goed en cyclisch kwaliteitszorgsysteem. Het kwaliteitsdenken is ingebed in de organisatie.

Actie	Betrokken actoren	Middelen	Data tussentijds evalueren	Hoe meten?	
				Instrument	SVZ
Het team kent de decretale plicht m.b.t. kwaliteitszorg	Het voltallige team PBD	Informatie	Teamdag 12/09/17	Personeelsbevraging na de teamdag Functioneringsgesprekken	
Het team leert kwaliteitsplannen maken die voldoen aan de regelgeving	Het voltallige team PBD	Interne vorming en PDCA-sjabloon	Permanent tijdens de bijeenkomsten van de deelteams	Check van de kwaliteitsplannen op basis van de indicatoren uit het DCLB	
Het team reflecteert continu over het eigen handelen	Voltallige team	Intervisiemomenten	Permanent	Nulmeting en tussentijdse evaluatie Functioneringsgesprekken	
De deelgroepen delen de stand van zaken m.b.t. de realisatie van de gemaakte plannen en leveren input aan elkaar	Voltallige team	Intervisiemomenten	Minimaal 3 keer per schooljaar	Personeelsbevragingen	

doelstelling

- Het team werkt samen duidelijke procedures uit (inhoud K-handboek) die door het volledige team gedragen zijn en worden toegepast

Actie	Betrokken actoren	Middelen	Data tussentijds evalueren	Hoe meten?	
				Meetinstrument	SVZ
Het beleidsteam gaat na in welke mate de bestaande uitgeschreven procedures effectief worden toegepast in de praktijk.	Beleidsteam	Analyse kwaliteitshandboek	Minimaal 1 maal/trimester	Via interne audits Via steekproefsgewijze bevraging van stakeholders Via functionerings-gesprekken	
Het beleidsteam bepaalt welke procedures behouden, welke bijgesteld en welke opgemaakt moeten worden. Dit wordt afgetoetst met het volledige team en bij voorkeur ook steeds met de belanghebbenden.	Beleidsteam en waar relevant de betrokken belanghebbenden	Resultaten van de interne audits	Jaarlijks	Analyse beleidsteam gebaseerd op resultaten van de interne audits/bevraging stakeholders	
Bij de aanpak van prioriteiten en optimalisering van de werking door de deelgroepen of het volledige team, is er	Voltallige team	Sjabloon werkinstructie Sjabloon	Minimaal na afronden van elk	Aantal procedures in het kwaliteitshandboek	

steeds aandacht voor het kort uitschrijven of aanpassen van de betrokken procedures en/of werkinstructies.	procedure	verbeterplan	
--	-----------	--------------	--

doelstelling

- Het centrum heeft een stabiele overlegstructuur die het kwaliteitsbeleid vormgeeft, coördineert, faciliteert en bewaakt.

Actie	Betrokken actoren	Middelen	Data tussentijds evalueren	Hoe meten?	
				Meetinstrument	SVZ
Er wordt bepaald wie de kwaliteitscoördinator is.	Directeur en K-coördinator	Interne oproep	September 2017	Aanstelling en functiebeschrijving	
De specifieke taken en rollen van de kwaliteitscoördinator zijn helder voor het volledige team.	Directeur en K-coördinator		Oktober 2017	Personeelsbevraging en functioneringsgesprekken	
De directeur en de kwaliteitscoördinator vormen samen met een afvaardiging uit elke deelgroep het kwaliteitsteam.	Directeur, K-coördinator en de vertegenwoordigers van de deelgroepen	Overlegtijd kwaliteitsteam in de jaarkalender	December 2017	Samenstelling kwaliteitsteam is geïnstalleerd en bekrachtigd door de personeelsvergadering	
Het kwaliteitsteam komt op frequente basis samen om de deelgroepen in hun proces te ondersteunen.	Directeur, K-coördinator en de vertegenwoordigers van de	Overlegtijd kwaliteitsteam in de jaarkalender	Minimaal jaarlijks	Verslagen van het kwaliteitsteam waaruit de ondersteuning van de personeelsleden blijkt	

5 Hoe zal het centrum aantonen dat ze haar verbeteringsdoelstellingen bereikt heeft (incl. instrumenten en procedures)?

De stuurgroep, samengesteld uit een vertegenwoordiging van het CLB, de scholengroep en de PBD monitoren 3 keer per jaar de voortgang van het verbeterplan.

Ter voorbereiding van de stuurgroep geeft het CLB een stand van zaken van de vorderingen weer in een voortgangsrapport. In dit rapport wordt uitdrukkelijke aandacht besteed aan het gebruik en de analyse van data en evaluatieinstrumenten die de bijsturing van de doelen en acties mogelijk maken. De stand van zaken van de werkgroepen vormt de basis van het voortgangsrapport.

6 Verklaringen

6.1 Engagementsverklaring van de PBD

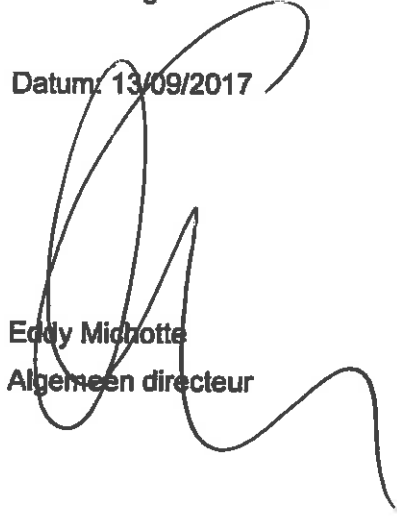
De heer Eddy Michotte, algemeen directeur van de scholengroep Dender, vraagt de Pedagogische begeleidingsdienst van het GO! onderwijs van de Vlaamse Gemeenschap ondersteuning bij de remediëring van het advies 3 van GO! CLB Dender.

De vraag tot ondersteuning heeft betrekking op volgende tekorten:

- kwaliteitszorg

De Pedagogische begeleidingsdienst van het GO! onderwijs van de Vlaamse Gemeenschap engageert zich om GO! CLB Dender te begeleiden bij het remediëren van bovengenoemde tekorten.

Datum: 13/09/2017



Eddy Michotte
Algemeen directeur



Saskia Lieveyns
Adviseur-coördinator

6.2 Voorlegging aan personeel en betrokken raden

Deborah Van Humbeeck, directeur van GO! CLB Dender, engageert zich om het verbeterplan zo snel mogelijk te bespreken met het personeel en mee te delen aan de onderwijsinstellingen waarmee het CLB een beleidsplan/beleidscontract heeft.

Het verslag van deze besprekingen zal worden voorgelegd aan het paritair college.

Datum: 13/09/2017

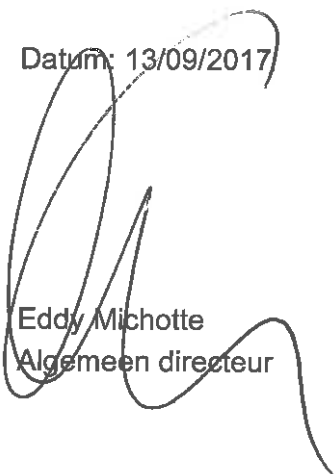


Deborah Van Humbeeck
Directeur

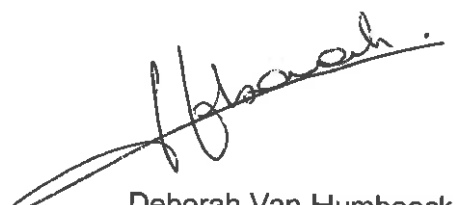
6.3 Publicatie van het verbeteringsplan

☒	De school wenst dat het verbeteringsplan gepubliceerd wordt op de publieke website.
☐	De school wenst niet dat het verbeteringsplan gepubliceerd wordt op de publieke website.

Datum: 13/09/2017



Eddy Michotte
Algemeen directeur



Deborah Van Humbeeck
Directeur