



FICHE INTENDANCE APPRENTIS INTERNES

A compter du 03/01/2023

(A rendre obligatoirement et ce même si l'apprenti n'est pas scolarisé à l'UFA Loritz)

L'APPRENTI :

NOM PRENOM (S) Classe.....

Sexe : Masculin Féminin Né(e) le : A (localité) :

Adresse :

CP : VILLE : Tél :

Adresse mail

Opérateur de compétences : Date du contrat d'apprentissage :

CHOIX DU FORFAIT D'INTERNAT A COMPTER DU 03/01/2023

A partir du 03/01/2023 les apprentis doivent choisir une semaine type de présence à l'internat. Une facturation leur sera adressée mensuellement sur la base de consommations réelles.

INTERNES UFA LORITZ

- 4 nuitées (L-J) :** 4 nuitées, 4 petits-déjeuners, 5 déjeuners et 4 dîners
- 5 nuitées (D-J) :** 5 nuitées, 5 petits-déjeuners, 5 déjeuners et 4 dîners
- 5 nuitées (L-V) :** 5 nuitées, 5 petits-déjeuners, 5 déjeuners et 5 dîners

OU

INTERNES AUTRES UFA (sans repas le midi)

- 4 nuitées (L-J) :** 4 nuitées, 4 petits-déjeuners et 4 dîners
- 5 nuitées (D-J) :** 5 nuitées, 5 petits-déjeuners et 4 dîners
- 5 nuitées (L-V) :** 5 nuitées, 5 petits-déjeuners et 5 dîners

Mettez la croix dans la case appropriée.

Tarifs appliqués	Apprentis n'ayant pas d'employeur	Apprentis ayant un employeur
Petit-déjeuner	2.00 €	2.00 €
Déjeuner (concerne seulement les apprentis de l'UFA Loritz)	4.35 €	1.35 €
Dîner	4.35 €	1.35 €
Nuitée	7.00 €	1.00 €
Dégredation de la carte de restauration (1^{ère} carte fournie gratuitement)	6.00 €	6.00 €

LES RESPONSABLES :

Responsable légal 1 et financier	Responsable légal 2
<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre (précisez le lien avec l'élève) :	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre (précisez le lien avec l'élève) :
Nom et prénoms :	Nom et prénoms :
Date de naissance : / /	Date de naissance : / /
Lieu de naissance :	Lieu de naissance :
Adresse :	Adresse :
CP : Ville :	CP : Ville :
Tél. portable :	Tél. portable :
Mail* :	Mail :
<i>* La facture (avis aux familles) sera envoyée exclusivement sur cette adresse mail</i>	
Numéro d'allocataire CAF	Numéro d'allocataire CAF
CAF (ville)	CAF (ville)
Employeur du responsable :	Employeur du responsable :
Nom :	Nom :
Adresse :	Adresse :
CP : Ville :	CP : Ville :
Tél. professionnel :	Tél. professionnel :
Mail :	Mail :
Date : Signature :	
Date : Signature :	
Structure d'accueil (à remplir uniquement pour les élèves placés. Merci de fournir une copie de la décision de placement) :	
Raison sociale :	
Adresse :	
CP : Ville :	
Service auquel la facture doit être adressée :	
Référent :	Tél. professionnel :
Mail :	
Numéro SIRET :	
Code service (pour la transmission des factures par Chorus) :	
Date :	Cachet et signature :