



## 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 €
Dégradation de la carte de restauration (1 <sup>ère</sup> 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 : .....
<b>* La facture (avis aux familles) sera envoyée exclusivement sur cette adresse mail</b>	
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 :
<b>Structure d'accueil (à remplir uniquement pour les élèves placés. Merci de fournir une copie de la décision de placement) :</b>	
Raison sociale : .....	
Adresse : .....	
CP : ..... Ville : .....	
Service auquel la facture doit être adressée : .....	
Réfèrent : ..... Tél. professionnel : .....	
Mail : .....	
Numéro SIRET : .....	
Code service (pour la transmission des factures par Chorus) : .....	
Date : ..... Cachet et signature :	