

**B – Annexe financière (Modalités de la prise en charge éventuelle des frais)**

**1. HÉBERGEMENT**

L'élève est-il hébergé pendant le stage ? **OUI - NON**

Si oui : lieu d'hébergement : .....  
L'établissement d'accueil prend en charge les frais d'hébergement : **OUI – NON** Montant réel ou forfaitaire : .....

**2. RESTAURATION\***

Lieu de restauration : .....

L'établissement d'accueil prend en charge les frais de restauration : **OUI - NON**

Montant réel ou forfaitaire : .....

\* **A la demande de la famille, une remise d'ordre peut être déduite du règlement de la demi-pension pour le nombre réel de repas non pris au collège.**

**3. TRANSPORT\*\***

Moyen de transport utilisé : .....

**Le collège ne prend pas en charge les frais de transport.**

L'établissement d'accueil prend en charge les frais de transport : **OUI – NON** Montant réel ou forfaitaire : .....

\*\***La prise en charge du transport individuel dans un véhicule exploité par un tiers par le Conseil Départemental est maintenu pour les ayants-droits, toutefois si le coût augmente, un nouveau devis est à envoyer au service Transports.**

**4. ASSURANCES (nom de la compagnie d'assurance et n° du contrat)**

a) Collège : **MAE n° du contrat : 0017429736**

b) *Entreprise ou organisme d'accueil* : .....

Fait, à le

<b>Le Principal du collège</b> (signature et cachet)	<b>Le représentant de l'entreprise ou le responsable de l'organisme d'accueil</b> (signature et cachet)
<i>Vu et pris connaissance le :</i> <b>Le tuteur en entreprise</b>	<i>Vu et pris connaissance le :</i> <b>Les parents ou le responsable légal de l'élève</b>
<i>Vu et pris connaissance le :</i> <b>L'enseignant</b>	<i>Vu et pris connaissance :</i> <b>L'élève</b>



**CONVENTION DE STAGE D'ORIENTATION-DECOUVERTE  
EN ETABLISSEMENT MEDICO-SOCIAL**

**Coordonnées de l'organisme d'accueil**

Raison sociale :

Adresse :

Téléphone : Fax :

N° SIRET : Code APE :

**Coordonnées de l'établissement actuel de formation**

Nom : COLLEGE du TORENBURG-HEILIGENSTEIN

Adresse : 1, place du Torenborg 67140 BARR CEDEX

Téléphone : 03.90.57.65.70 Fax : 03.90.57.65.75

**Nom et prénom de l'élève :** ..... **Classe :** ULIS

**Date de naissance :** .....

**Adresse :** .....

**Stage d'Orientation-découverte en établissement de médico-social**

**du ..... au .....**

**Coordonnées du tuteur en établissement médico-social (nom, fonction, n° de téléphone) :**

**M/Mme** ..... - ☎ : .....

**Coordonnées du référent en Unité Localisée d'Inclusion Scolaire (nom, fonction, n° de téléphone) :**

**M. MEENS, enseignant-coordonnateur Ulis ☎ 03.90.57.65.70**

Vu la délibération du conseil d'administration en date du 4 octobre 2010 approuvant le contenu de la présente convention-type ;

Vu la délibération du conseil d'administration en date du 4 octobre 2010 autorisant le chef d'établissement à conclure au nom de l'établissement toute convention conforme à cette convention-type ;

**Entre**

L'organisme d'accueil représenté(e) par \_\_\_\_\_, en qualité de \_\_\_\_\_, d'une part,

**et**

L'établissement actuel de formation (collège) représenté par **M SCHMITT Patrice**, en qualité de chef d'établissement, d'autre part ;

**il a été convenu ce qui suit :**

