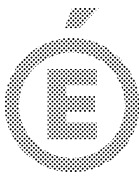


**« demande de place à l'internat pour l'année scolaire 2018-2019 »**



2/2

Je soussigné(e),  
M. ou Mme (NOM, Prénom).....  
  
domicilié(e) .....  
.....  
  
Code postal : ..... COMMUNE : .....  
  
Téléphone(s) : .....  
  
agissant en qualité de *père, mère, autre parent exerçant le droit de garde, tuteur, responsable légal*  
(entourez la bonne mention)  
de l'élève (NOM, Prénom) .....

à cocher

sollicite une place à l'internat de l'établissement pour l'année scolaire 2018/2019, sous réserve de son admission définitive dans la formation biquilifiante, communiquée le 29 juin 2018 par le directeur académique des services départementaux de l'Education nationale de la Haute-Savoie.

à cocher

Je déclare sur l'honneur avoir souscrit pour l'élève susmentionné une assurance individuelle accident ainsi qu'une assurance en responsabilité civile auprès de la compagnie  
..... n° .....

à cocher

Je déclare sur l'honneur avoir sur l'élève le plein exercice de l'autorité parentale ou être investi(e) de son droit de garde ou de sa tutelle et donc être en pleine capacité de prendre l'ensemble des décisions le concernant.

à cocher

Je m'engage à verser le montant annuel prévisionnel de 1 482.24 € (tarif 2018), selon le calendrier ci-dessous et en respectant les délais et montants qui me seront transmis :  
- 1<sup>er</sup> versement septembre-décembre  
- 2<sup>eme</sup> versement janvier-mars  
- 3<sup>eme</sup> versement avril-juillet

à cocher

Je comprends que l'acceptation de ma demande par l'établissement entraîne de fait d'une part mon acceptation pleine et entière des conditions d'organisation et de fonctionnement de l'internat, inscrites dans le règlement intérieur de l'établissement (article 24, partie I-D) que j'ai préalablement consulté sur <http://chamonix.elycee.rhonealpes.fr/>, d'autre part mon engagement à payer à l'établissement, selon l'échéancier ci-dessus et jusqu'au montant total de la participation financière fixée.

J'informe de l'état particulier de santé suivant, notamment au plan alimentaire :

.....  
.....  
.....

Si je ne suis pas domicilié dans le département de la Haute-Savoie, je communique OBLIGATOIREMENT les coordonnées d'un correspondant local demeurant dans le département de la Haute-Savoie, qui sera susceptible de se rendre disponible immédiatement - c'est-à-dire dans les deux heures au maximum - pour prendre en charge de jour comme de nuit l'élève en cas de difficultés de santé, de discipline, etc. :

M. ou Mme (NOM, Prénom).....  
  
domicilié(e) .....  
  
Code postal : ..... COMMUNE : ..... Téléphone(s) : .....

Fait à : ....., le ... / ... / ..... Signature :