



## MOBILITE DES APPRENANTS

### LE/LA PARTICIPANT (E) :

Nom : Prénom :  
Date de naissance : Nationalité :  
Etablissement :  
Adresse du participant :  
  
Téléphone : E-mail :  
Caisse assurance maladie : Numéro assuré :

#### **Assurances :**

Responsabilité civile :  
Rapatriement :

### ORGANISME D'ACCUEIL :

Nom complet :  
Responsable de l'organisme (Nom et Fonction) :  
Personne de contact (Nom et Fonction) :  
Téléphone : E-mail :  
Adresse :  
Code postal : Ville : Pays :

S'il s'agit d'un organisme public et/ou d'un établissement d'enseignement :

Code OID :  
Code Erasmus :

### LA MOBILITE :

Dates de début et de fin (HORS JOURS DE VOYAGE) :

Du : Au :

Durée totale :

Moyen de transport principal utilisé :

-BUS      -TRAIN      -AVION      -VEHICULE PRIVE      -AUTRE (précisé)

Détail du programme de mobilité :

-  
-  
-  
-  
-

### **DISPOSITIONS PARTICULIERES :**

-Le participant est il bénéficiaire d'une bourse (échelon 4 à 6) ?

**OUI** (fournir la notification de bourse nationale )      **NON**

-Le quotient familial du foyer est il inférieur ou égal à 551€ ?

**OUI** (fournir l'attestation CAF ou MSA de quotient familial)      **NON**

-Le domicile du participant se situe-t-il dans une commune classée Zones de Revitalisation Rurale (ZRR) ou à une adresse classée Quartiers Prioritaires de Ville ?

**OUI** (fournir justificatif de domicile)      **NON**

*(Si le nom du participant ne figure pas sur le justificatif, compléter par une attestation sur l'honneur de l'hébergeant et un certificat administratif de l'établissement d'envoi)*

-Le participant est-il en situation de handicap ou d'affection de longue durée ?

**OUI** (fournir justificatif : décision MDPH, carte d'invalidité, certificat médical)      **NON**