

## DEMANDE DE SUBVENTION Programme Brigitte Sauzay

A renvoyer au Rectorat d'Académie

**Etablissement français**

---

---

---

Académie \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

**Etablissement allemand**

---

---

---

Bundesland \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

**Participant(s) français (Nom, prénom, âge, classe, allemand en LV 1 ou LV 2)**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

**Prière de joindre un relevé d'identité bancaire ou postal pour chaque élève !**

**Nom et prénom du / des partenaire(s) allemand(s)**

1. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

Dates de séjour de / des élève(s) français	Dates de séjour du / des partenaire(s) allemand(s)
1. du _____ au _____	1. du _____ au _____
2. du _____ au _____	2. du _____ au _____
3. du _____ au _____	3. du _____ au _____
4. du _____ au _____	4. du _____ au _____

### Autorisation du chef d'établissement d'origine

Nom du chef d'établissement \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature du chef d'établissement et cachet de l'établissement

*En émettant un avis favorable, l'établissement scolaire s'engage à accueillir le / les partenaire(s) allemand(s) pour une durée minimum de 2 mois et à le / les prendre en charge de manière appropriée et conforme.*

Nom du professeur responsable de l'échange  
dans l'établissement d'origine

Tél. :

Courriel :

Nom du professeur responsable de l'échange  
dans l'établissement d'accueil

Tél.:

Courriel :

### Coordonnées des / de l'élève(s) français

1. Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal / Ville : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_

2. Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal / Ville : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_

3. Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal / Ville : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_

4. Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal / Ville : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_

**Ne rien inscrire dans ce cadre réservé à l'OFAJ**

Subvention pour frais de voyage

Nombre de participants	Forfait par participant	Total
	€	€

Berlin, le

\_\_\_\_\_  
Signature

Décompte



Berlin, le

\_\_\_\_\_  
Signature

*La subvention sera accordée pour des séjours en Allemagne d'au moins 2 mois (56 j.), dont au minimum 6 semaines de scolarité*