# **Formulaire de demande de prise en charge des frais d’annulation éventuellement encourus pour une mobilité eTwinning**

Ce formulaire est à compléter, à imprimer et à signer. La version scannée doit ensuite être envoyée par courriel à [info@anefore.lu](mailto:info@anefore.lu) en mettant en copie la personne référente de l’Organisation d’assistance nationale qui est en charge de votre dossier.

La présente demande s’applique uniquement au forfait de participation à une mobilité eTwinning qui est entièrement pris en charge par l’Organisation d’assistance nationale Anefore pour une mobilité réalisée. En cas d’annulation, le candidat doit justifier sa décision d’annuler sa participation. En cas d’une annulation non-justifiée et/ou non-attestée par une pièce justificative, l’Organisation d’assistance nationale se réserve le droit de demander un remboursement pour les frais d’annulation éventuellement encourus auprès du candidat. Le forfait de participation inclut les frais d’inscription et de séjour de l’activité.

**Référence de la mobilité concernée**

|  |
| --- |
|  |

* 1. Données du candidat

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom et prénom** |  |
| **Adresse e-mail** |  |
| **Téléphone** |  |
| **Établissement d’origine** |  |
| **Représentant légal / directeur(-rice) adjoint(e)** |  |

* 1. Données sur l’activité

|  |  |
| --- | --- |
| **Titre de l’activité** |  |
| **Type d’activité** |  |
| **Pays** |  |
| **Date de début de la mobilité** |  |
| **Date de fin de la mobilité** |  |

* 1. Justification de la demande d’annulation

|  |  |
| --- | --- |
| **Justification de la demande d’annulation** |  |
| **Veuillez énumérer les pièces justificatives à annexer** |  |

L’organisation d’assistance nationale se réserve le droit de demander des pièces justificatives supplémentaires, si elle le juge nécessaire.

1. Déclaration de conformité

Je confirme que les informations déclarées dans le présent formulaire sont exactes, correspondent à la réalité et, le cas échéant, ont été approuvées par le représentant légal / directeur(-rice) adjoint(e).

|  |  |
| --- | --- |
| **Établissement d’origine** |  |
| **Représentant légal / directeur(-rice) adjoint(e)** |  |
| **Lieu et date** |  |
| **Signature du candidat** |  |