**1.1. Accord de Prise en Charge**

***(Pour les candidat(e)s financé(e)s par leur administration, fiscale ou autre)***

**Je soussigné(e), M, Mme** *(rayez la mention inutile)***………………………………………………**

**Position………………………………………………………………………………………………...**

**Au nom de** *(veuillez indiquer le nom de l’administration, fiscale ou autre)*

**……………………………………………………………………………………………………………déclare avoir pris connaissance des frais de scolarité du Master exécutif en Fiscalité et des différentes options proposées pour les résidents à Dakar (Sénégal) et à l’Ile Maurice et en particulier, de ce que ces frais comprennent et ne couvrent pas, mais également des modalités et des délais de paiement.** *(Pour plus d’informations quant aux différentes options de forfaits, veuillez-vous référer au Document B)*.

**En foi de quoi, s’engage à participer à la prise en charge des frais de scolarité de**

*(Les administrations, fiscales ou autre, peuvent désigner jusqu’à cinq (5) candidat(e)s)*

1. **M/Mme** *(rayez la mention inutile)***……………………………………………………………………… d’un montant total** **de:** *(cochez l’option choisie)*

* **Forfait complet : EUR 15,000 par personne**
* **Forfait réduit option A : EUR 11,500 par personne pour les résidents à Dakar**
* **Forfait réduit option B : EUR 11,700 par personne pour les résidents à Dakar, incluant l’assurance maladie au Sénégal:**
* **Forfait réduit option C : EUR 12,400 pour les résidents à l’Île Maurice**

1. **M/Mme** *(rayer la mention inutile)*…………………………………………….**…………………………. d’un montant total de:** *(cochez l’option choisie)*

* **Forfait complet : EUR 15,000 par personne**
* **Forfait réduit option A : EUR 11,500 par personne pour les résidents à Dakar**
* **Forfait réduit option B : EUR 11,700 par personne pour les résidents à Dakar, incluant l’assurance maladie au Sénégal:**
* **Forfait réduit option C : EUR 12,400 pour les résidents à l’Île Maurice**

1. **M/Mme** *(rayez la mention inutile)…………………………………………………………………….…* **d’un montant total de:** *(cochez l’option choisie)*

* **Forfait complet : EUR 15,000 par personne**
* **Forfait réduit option A : EUR 11,500 par personne pour les résidents à Dakar**
* **Forfait réduit option B : EUR 11,700 par personne pour les résidents à Dakar, incluant l’assurance maladie au Sénégal:**
* **Forfait réduit option C : EUR 12,400 pour les résidents à l’Île Maurice**

1. **M/Mme** *(rayez la mention inutile)*…………………………………………………………………….…. **d’un montant total de:** *(cochez l’option choisie)*

* **Forfait complet : EUR 15,000 par personne**
* **Forfait réduit option A : EUR 11,500 par personne pour les résidents à Dakar**
* **Forfait réduit option B : EUR 11,700 par personne pour les résidents à Dakar, incluant l’assurance maladie au Sénégal:**
* **Forfait réduit option C : EUR 12,400 pour les résidents à l’Île Maurice**

1. **M/Mme** *(rayez la mention inutile)*………………………………………………………….……………. **d’un montant total de:** *(cochez l’option choisie)*

* **Forfait complet : EUR 15,000 par personne**
* **Forfait réduit option A : EUR 11,500 par personne pour les résidents à Dakar**
* **Forfait réduit option B : EUR 11,700 par personne pour les résidents à Dakar, incluant l’assurance maladie au Sénégal:**
* **Forfait réduit option C : EUR 12,400 pour les résidents à l’Île Maurice**

**Je m’engage par ailleurs à payer les frais de scolarité des personnes susmentionnées selon les modalités de paiement suivantes:** *(cochez l’option choisie)*

* **Un (1) versement** *(Septembre 2016)*
* **Deux (2) versements** *(Septembre 2016, Février 2017)*

Lu et approuvé par :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Signature du Directeur Général ou représentant de l’administration**

**Date: Lieu:**