



DOSSIER D'INSCRIPTION

Nom :

Prénom :

PIÈCES À JOINDRE AU DOSSIER

- ☐ 1 photo d'identité
- ☐ Relevé des notes du baccalauréat
(à envoyer dès les résultats au bac)
- ☐ Photocopie recto-verso d'une pièce d'identité
- ☐ Attestation de participation JDC ou recensement
- ☐ Mandat de prélèvement automatique en 10 fois
- ☐ Frais de dossier: 35€ payables par chèque
(demeurant acquis par l'établissement)
- ☐ Un chèque de 280€ à l'ordre de Saint-Alyre
(avance sur la scolarité, encaissée à réception du dossier, non remboursable)

RÉSERVÉ À L'ÉTABLISSEMENT

Dossier reçu le :

.....

BTS					
GPME		MCO		SAM	
☐ 1 ^{ère} année	☐ 2 ^{ème} année	☐ 1 ^{ère} année	☐ 2 ^{ème} année	☐ 1 ^{ère} année	☐ 2 ^{ème} année

Après réception du dossier, un courrier confirmera l'inscription de l'étudiant

Confirmation d'inscription le :

.....

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ÉLÈVE

ÉTAT CIVIL

Nom :

Prénom(s) (inscrire tous les prénoms) :

Tél. portable de l'étudiant : Email de l'étudiant :

Adresse de l'étudiant si différente de celle des parents :

Sexe : ☐ F ☐ M Nationalité :

Pays de naissance :

Date de naissance :

Département et commune de naissance :

N° INE :

ANNÉE SCOLAIRE 2026/2027

BTS SAM

- langue vivante 1 obligatoire
- langue vivante 2 obligatoire

INTERNAT : OUI ☐ NON ☐

LV1		LV2	
Anglais	☐	Anglais	☐
Allemand	☐	Allemand	☐
Espagnol	☐	Espagnol	☐
Italien	☐	Italien	☐
Chinois	☐	Chinois	☐

BTS GPME - BTS MCO

- langue vivante 1 obligatoire
- langue vivante 2 facultative
(avec engagement sur l'année scolaire)

INTERNAT : OUI ☐ NON ☐

LV1		LV2	
Anglais	☐	Anglais	☐
Allemand	☐	Allemand	☐
Espagnol	☐	Espagnol	☐
Italien	☐	Italien	☐
Chinois	☐	Chinois	☐

BTS MCO ☐ option entrepreneuriat
☐ option parcours de
professionnalisation à l'étranger
Engagement sur les 2 années de BTS

ANNÉE SCOLAIRE 2025/2026

Classe actuelle :

Nom et adresse :

Etablissement actuellement fréquenté :

N°RNE :

Série du bac : Année d'obtention du bac :

PÈRE

Nom (majuscules) :

Prénom :

Adresse :

.....

Tél (portable) :

Tél (professionnel) :

Tél (domicile) :

Adresse électronique :

.....

Profession :

Nom et adresse de l'entreprise :

.....

Nombre d'enfants à charge :

MÈRE

Nom (majuscules) :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Adresse :

.....

Tél (portable) :

Tél (professionnel) :

Tél (domicile) :

Adresse électronique :

.....

Profession :

Nom et adresse de l'entreprise :

.....

Nombre d'enfants à charge :

SITUATION FAMILIALE

Situation familiale des parents :

- | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ Mariés | ☐ Concubins |
| ☐ Pacsés | ☐ Divorcés * |
| ☐ Veuf/veuve | ☐ Célibataires |
| ☐ Séparés * | |

Domicile de l'élève (si parents séparés) :

- | |
|--|
| ☐ Chez son père |
| ☐ Chez sa mère |
| ☐ Garde alternée |
| ☐ Autre, à préciser : |

**En cas de séparation des parents avec autorité parentale conjointe,
la signature des deux parents est impérative.**

* Joindre une copie de la dernière décision judiciaire concernant les modalités de l'exercice de l'autorité parentale

RESPONSABLE LÉGAL DE L'ÉLÈVE

- | |
|---------------------------------------|
| ☐ Père et Mère |
| ☐ Père seul |
| ☐ Mère seule |

- | |
|----------------------------------|
| ☐ Tuteur |
| ☐ DDASS |
| ☐ Famille |

Date et signature du père :

Date et signature de la mère :

RESPONSABLE PAYEUR

Père et Mère

☐ Chèque

☐ Prélèvement

Père seul

☐ Chèque

☐ Prélèvement

Mère seule

☐ Chèque

☐ Prélèvement

☐ Autre, à préciser :

☐ Chèque

☐ Prélèvement

Date et signature du père :

Date et signature de la mère :

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE MENSUEL SEPA

A remplir pour les nouveaux élèves et pour ceux qui ont changé de références bancaires, nous vous remercions de bien vouloir compléter cet imprimé, le signer et **nous le retourner avec un relevé d'identité bancaire.**

Ceux qui étaient prélevés l'année précédente, n'ont pas à retourner ce document, le prélèvement est reconduit.

[illegible]

Référence unique du mandat (zone réservée à l'administration)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez INSTITUTION SAINT-ALYRE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions de INSTITUTION SAINT-ALYRE sis à CLERMONT-FERRAND Cedex 1.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. En cas de prélèvement non autorisé, cette demande doit être présentée sans tarder et au plus tard dans les 13 mois.

Votre nom

Référence

Votre adresse

Numéro et nom de la rue

Code postal Ville

Pays

Coordonnées de votre compte : joindre un relevé d'identité bancaire (IBAN)

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN :

[illegible]

Code international d'identification de votre banque - BIC :

[illegible]

Domiciliation :

Créancier

Nom : **INSTITUTION SAINT-ALYRE**

Identifiant ICS : FR17ZZZ259179

Numéro et nom de la rue : 20 Rue Sainte George

Code postal : 63037 - Ville : CLERMONT-FERRAND Cedex 1

Pays : FRANCE

Type de paiement :

- ☒ Paiement récurrent répétitif
- ☐ Paiement ponctuel

Signé à (Lieu) :

le:

Signature(s)

Note : vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.