



DOSSIER D'INSCRIPTION

Nom :

Prénom :

Classe demandée : ☐ 2nde PRO GATL ☐ 1^{ère} PRO AGORA ☐ Term PRO AGORA

PIÈCES À JOINDRE AU DOSSIER

- | | |
|---|---|
| ☐ Bulletins trimestriels de l'année 2026/2027 | ☐ Frais de dossier : 16 € payables par chèque (demeurant acquis par l'établissement) |
| ☐ Photocopie du livret de famille avec tous les enfants | ☐ 1 photo d'identité |
| ☐ Parents séparés : jugement garde/enfant | ☐ Certificat de sortie (EXEAT) * |
| ☐ 1 enveloppe 110x220 autocollante à l'adresse des parents et affranchie au tarif en vigueur 20g | ☐ Avis de passage de fin d'année scolaire* |
| ☐ Mandat de prélèvement automatique en 10 fois | <i>* ces documents sont à envoyer en fin d'année scolaire</i> |

RÉSERVÉ À L'ÉTABLISSEMENT

Rendez-vous le :

.....

à :

Dossier reçu le :

.....

AVIS DE LA DIRECTION

- ☐ Admis
☐ En attente
☐ Refusé

Date et signature :

.....

Après réception et examen du dossier, un courrier confirmera l'inscription de votre enfant

Confirmation d'inscription le :

.....

[illegible]

ÉTAT CIVIL

Nom :

Prénom(s) (inscrire tous les prénoms) :

Sexe : ☐ F ☐ M

Département de naissance :

Date de naissance :

Commune de naissance :

Nationalité :

Pays de naissance :

Numéro INE :

ANNÉE SCOLAIRE 2027/2028

LV1 : **LV2 :**

Régime : ☐ externe

☐ intermédiaire

ANNÉE SCOLAIRE 2026/2027

Etablissement actuellement fréquenté :

Nom et adresse :

N°RNE :

Classe actuelle :

Téléphone :

FRÈRES ET SOEURS

Merci d'indiquer le nombre d'enfants à charge :

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) :

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 |
| Père seul | ☐ Chèque |
| Mère seule | ☐ Chèque |
| ☐ Autre, à préciser | ☐ Chèque |

- | |
|--------------------------------------|
| ☐ Prélèvement |
| ☐ Prélèvement |
| ☐ Prélèvement |
| ☐ 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, ceWe 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.