Institution
Saint-Alyre

**LYCÉE PROFESSIONNEL**

**Année scolaire 2027/2028**

# DOSSIER D'INSCRIPTION

Nom : .....

Prénom : .....

Classe demandée : ❒ 2nde PRO GATL ❒ 1ère PRO AGORA ❒ Term PRO AGORA

## PIÈCES À JOINDRE AU DOSSIER

- ❒ Bulletins trimestriels de l'année 2025/2026
- ❒ Photocopie du livret de famille avec tous les enfants
- ❒ Parents séparés : jugement garde/enfant
- ❒ 1 enveloppe 110x220 autocollante à l'adresse des parents et affranchie au tarif en vigueur 20g
- ❒ Mandat de prélèvement automatique en 10 fois
- ❒ Frais de dossier: 16 € payables par chèque (demeurant acquis par l'établissement)
- ❒ 1 photo d'identité
- ❒ Certificat de sortie (EXEAT) *
- ❒ Avis de passage de fin d'année scolaire*

** ces documents sont à envoyer en fin d'année scolaire*

## 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 :

.....

OGEC de l'Institution Saint-Alyre – association loi 1 er juillet 1901
Siège social : 20, rue Sainte-George – 63037 Clermont-Ferrand Cedex 1- Tél. 04.73.31.70.30
www.saint-alyre.net

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS ÉLÈVE

## ÉTAT CIVIL

Nom : .....

Prénom(s) (inscrire tous les prénoms) : .....

Sexe : ❒ F ❒ M

Date de naissance : .....

Nationalité : .....

Numéro INE : .....

Département de naissance : .....

Commune de naissance : .....

Pays de naissance : .....

## ANNÉE SCOLAIRE 2027/2028

**LV1 :** ..... **LV2 :** .....

**Régime :** ❒ externe
❒ demi pensionnaire
❒ interne

## ANNÉE SCOLAIRE 2026/2027

Etablissement actuellement fréquenté :

N°RNE : .....

Classe actuelle : .....

Nom et adresse : .....

.....

.....

Téléphone : .....

## FRÈRES ET SOEURS

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

| Nom et prénom | Date de naissance | Situation scolaire, nom établissement |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## 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
❒ Pacsés
❒ Veuf/veuve
❒ Séparés *
❒ Concubins
❒ Divorcés *
❒ Célibataires

**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.**

**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 :

Code international d'identification de votre banque - BIC :

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.