

Dossier ré-inscription Étudiant

NOM : _____ Prénom : _____

Documents à renvoyer par courrier ou par mail

inscription.dardilly@educagri.fr au plus tard le 4 juillet 2024

- Le dossier de ré-inscription signé de l'étudiant et des parents si mineur
 - Fiche de réservation de chambre étudiante si vous souhaitez être hébergé à la résidence
 - Fiche de renseignements à vérifier et à modifier si nécessaire, en **ROUGE** si vous ne l'avez pas déjà rendue
 - 2 documents infirmerie : fiche URGENCE et fiche de santé confidentielle
- A télécharger dans la rubrique Dossier infirmerie
- Mandat de prélèvement pour le paiement de la pension (**non obligatoire**) accompagné d'un RIB qui doit être renouvelé chaque année. En l'absence de ce document, le prélèvement ne sera pas pris en compte.

Documents à renvoyer par courrier ou à fournir le jour de la rentrée

- L'attestation d'assurance
- Fiche associations avec coupon réponse
- Le complément du dossier infirmerie

Documents à conserver

Tableau rentrée des classes 2024
Calendrier prévisionnel des Périodes de Formation en Milieu Professionnel (PFMP)
Informations Pass'Région
Informations financières et diverses (équipements et transports)
Information sur la représentation des parents d'élèves et apprentis - Association(s) de parents d'élèves

Je soussigné(e) Nom et Prénom.....

Mère Père autre membre de la famille Logeur Aide sociale à l'enfance Tuteur autre cas

- **certifie sur l'honneur les renseignements précisés sur ce document concernant**
 mon enfant ou me concernant
- **m'engage à payer la location de la chambre (caution et loyer mensuel)**
Tout départ anticipé de la chambre doit être signalé par écrit 15 jours avant la date de départ et tout mois entamé est dû intégralement.
- **atteste avoir pris connaissance, avec mon enfant, du Règlement Intérieur** de l'établissement et nous engageons à le respecter.
- **déclare avoir pris connaissance de la Charte d'utilisation des ressources informatiques** de l'EPLEFPA-Lyon-Dardilly-Ecully, avec mon enfant qui en a compris les termes et recommandations et qui s'engage à les respecter.

➤ **autorise** OUI NON

le Lycée Horticole de Lyon-Dardilly à utiliser, à titre gracieux, les photos réalisées dans le cadre des activités pédagogiques et de la vie scolaire.

Ces photos pourront être utilisées sur tous les types de supports institutionnels édités par l'établissement dans un but non commercial (support papier, site internet du lycée, film...).

Date.....2024 signature des parents si mineur	Date.....2024 signature de l'étudiant
---	---

EPLFPA de LYON-DARDILLY-ECULLY
04 78 66 64 00
ADHESION AU PRELEVEMENT MENSUEL
ANNEE SCOLAIRE 2024 -2025

Étudiant

Nom : Prénom :
Classe : Régime : interne-externé
 demi-pensionnaire

IMPORTANT (seul le dossier complet sera pris en compte) : RIB)

Le prélèvement mensuel est effectué le 10 du mois **d'octobre à juillet**

Il vous appartiendra de veiller à l'approvisionnement suffisant de votre compte bancaire à chaque échéance pour éviter le rejet des prélèvements.

Au 3^{ème} rejet, l'échéancier est résilié de plein droit et les sommes dues seront exigibles pour leur totalité.

Identifiant créancier
SEPA
FR 12 ZZZ
539696

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) l'Agent Comptable de l'EPLFPA de Lyon-Dardilly-Ecully à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'Agent Comptable de l'EPLFPA de Lyon-Dardilly-Ecully. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Référence unique du mandat : Transmise lors de l'envoi de l'échéancier après validation de votre dossier.



Titulaire du compte à débiter

Nom :
Adresse :
Code postal : Ville
Pays :

Créancier

Nom : AGENT COMPTABLE EPLFPA LYON
DARDILLY-ECULLY
Adresse : 26 chemin de la Bruyère
Code postal : 69570 **Ville :** DARDILLY
Pays : FRANCE

IBAN :
BIC :

Nota : Le responsable légal soussigné autorise l'établissement teneur de mon compte à effectuer sur ce dernier, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par l'EPLFPA. En cas de litige sur un prélèvement, le soussigné pourra en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur du compte. Le différend sera alors directement réglé avec l'EPLFPA. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Je réglerai le différend directement avec l'agence comptable. Les informations contenues dans le présent mandat qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que ceux prévus **aux Art. 48 et suivants** de la loi n°78-17 du 16 janvier 1978 **modifiée** relative à l'informatique, aux fichiers et aux li

Signature :

OBLIGATOIRE :

Joindre votre RIB

+

Merci de renseigner votre adresse mail et votre téléphone

mail _____


