

**DEMANDE D'INSCRIPTION
en Internat-externé (Année scolaire 2025-2026)**

à retourner dûment complétée au service Intendance du lycée
par courrier ou par mail : int.0940120V@ac-creteil.fr ou hubert.saadia@lycee-berthelot.fr

NOM de l'élève : _____ **Photo**

PRENOM de l'élève : _____

Classe : _____

Date de naissance : ____/____/____ email : _____

Adresse de résidence de l'élève
durant l'année scolaire 2025-2026: _____

Code postal : _____ Ville : _____

N° I.N.E. de l'élève (9 chiffres + 2 lettres) :
(N° d'identification nationale de l'élève obligatoire) _____

NOM du responsable : _____

PRENOM du responsable : _____

N° de tél. : _____ email : _____

Adresse du responsable financier : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Mode de règlement du forfait : Prélèvement mensuel * Chèque* Carte Bancaire* Espèces*
**rayer les mentions inutiles*

Date et signature du responsable financier :

DOCUMENT A TRANSMETTRE UNIQUEMENT AU SERVICE INTENDANCE**Année scolaire 2025-2026**

Lycée Marcelin Berthelot
6 Boulevard Maurice Berteaux
94100 SAINT-MAUR des Fossés

mail : hubert.saadia@lycee-berthelot.fr
Tél. 01 45 11 51 02

Nom et Prénom de l'élève : _____

Classe : _____ **INTERNE EXTERNÉ**

N° de téléphone en cas d'urgence : I _ _ I _ _ I _ _ I _ _ I

Adresse mail : Elève : _____ @ _____

Parent : _____ @ _____

N° I.N.E. (9 chiffres + 2 lettres) :*(N° d'identification nationale élève obligatoire)* _____*Le présent mandat est valable jusqu'à annulation de votre part, à notifier en temps voulu au créancier***Référence Unique du Mandat : ++FRXXZZZ523823-411-140121103831****Agrafez votre RIB au format IBAN / BIC ci-dessous SVP (pas de chèque barré)****SEPA****MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA****(à remettre rempli et signé à l'établissement scolaire pour une première inscription)****Référence Unique de Mandat : ++FRXXZZZ523823-411-140121103831**

En signant ce formulaire de mandat vous autorisez (A) le LYCEE MARCELIN BERTHELOT à envoyer les instructions à votre banque pour débiter votre compte et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **LYCEE MARCELIN BERTHELOT**.

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 le débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Nom, Prénom et Adresse du Débiteur (Responsable de l'élève)	Identifiant Créancier SEPA : FR37ZZZ523823
NOM : _____	Nom et Adresse du Créancier :
Prénom : _____	NOM : Agent comptable Lycée Marcelin BERTHELOT
Adresse : _____	Adresse : 6 boulevard Maurice Berteaux
CP : _____ Ville : _____	CP : 94100 Ville : SAINT-MAUR DES FOSSES

Compte à débiter (IBAN / BIC)

IBAN : _____

BIC : _____

Type de paiement

- ☐ Récurrent / Répétitif
☐ Ponctuel

A _____, le _____

Signature du titulaire du compte

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'oppositions, d'accès de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.