

# Dossier d'inscription – Apprenti(e) Externe – 1/2 Pensionnaire - Passager

3, Rue Darwin  
49045 ANGERS CEDEX 01  
Tél. : 02-41-22-61-20

Filière choisie :  
\_\_\_\_\_

**NOM ET PRENOM DE L'APPRENTI(E) :** \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_/

Adresse principale : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Code postal : /\_/\_/\_/\_/ / Ville : \_\_\_\_\_

Domicile : /\_/\_-/\_/\_/\_-/\_/\_/\_-/\_/\_/\_-/\_/\_/\_

Père / Représentant légal 1 : /\_/\_-/\_/\_/\_-/\_/\_/\_-/\_/\_/\_-/\_/\_/\_

Mère / Représentant légal 2 : /\_/\_-/\_/\_/\_-/\_/\_/\_-/\_/\_/\_-/\_/\_/\_

Apprenti(e) : /\_/\_-/\_/\_/\_-/\_/\_/\_-/\_/\_/\_-/\_/\_/\_

Père / Représentant légal 1 : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Mère / Représentant légal 2 : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

L'apprenti(e) : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Nom et Adresse du Maître d'Apprentissage (Employeur) :**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

☎ /\_/\_-/\_/\_/\_-/\_/\_/\_-/\_/\_/\_-/\_/\_/\_

@ \_\_\_\_\_

**A remplir par le représentant légal (Père, Mère, Tuteur) :**

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ né(e) le \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
à \_\_\_\_\_, représentant(e) légal(e) du jeune désigné ci-dessus, confirme le **Statut Retenu** durant les semaines de formation au Centre de Formation pour Apprentis (CFA) :

- Ne déjeune pas au Foyer  
**(Externe)**
  - Déjeune occasionnellement au Foyer le midi  
**(Passager Occasionnel)**
  - Déjeune au Foyer tous les midis  
**(1/2 Pensionnaire)**
- } Rechargement de la Carte de Restauration en paiement comptant

} **Je règle les frais de Restauration par prélèvement automatique le :**

  - Le 5<sup>ème</sup> jour du mois suivant
  - Le 10<sup>ème</sup> jour du mois suivant
  - Le 15<sup>ème</sup> jour du mois suivant

**Date :** □ □ / □ □ / 20 □ □      **« Lu et approuvé » :**  *(Cocher la case)*

**Signer en indiquant votre NOM et PRENOM :**  
\_\_\_\_\_

**Mandat de  
Prélèvement  
SEPA**



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) **AFTAIB – FOYER DARWIN** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **AFTAIB – FOYER DARWIN**.  
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 :

Identifiant créancier SEPA :

**Débitteur :**

Votre Nom \_\_\_\_\_

**Créancier :**

Nom **AFTAIB – FOYER DARWIN**

Votre Adresse \_\_\_\_\_

Adresse **3 Rue Darwin**

Code postal/ Ville \_\_\_\_\_

Code postal **49045** Ville **ANGERS CEDEX 01**

Pays \_\_\_\_\_

Pays **France**

IBAN

BIC

Paiement :

Récurrent/Répétitif

Ponctuel

A :

Le :

Signature :

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

**Veillez compléter tous les champs du mandat.**