INSPE de L'ACADEMIE DE VERSAILLES
Service de la Scolarité Pilotage
5 rue Pasteur
78100 SAINT GERMAIN EN LAYE

AUTORISATION DE REMBOURSEMENT

Numéro d'étudiant : ……
INE : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Téléphone: …….

Je soussigné(e), ……..
autorise le remboursement de mes droits d'inscription sur le compte bancaire de :

……..

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Date : **Signature de l'étudiant :**