

**DEMANDE D’EXONÉRATION**

**DES DROITS D’INSCRIPTION**

***Étudiant.e inscrit.e en formation initiale***

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L’IDENTITÉ DE L’ÉTUDIANT.E**

Nom : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Épouse : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Prénom : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Sexe : F 🞎 M 🞎

N° Étudiant (inscrit sur votre carte d’étudiant) : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Né.e le : |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_| à |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Nationalité |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_||\_|\_|

Adresse :|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_||\_|

Code Postal |\_|\_|\_|\_|\_| Ville |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Courriel : .............................................................................@...................................................

N° Téléphone Portable : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

Formation : ……………………………………………………………………………………………………………………………….

Année d’études  L1  L2  L3  BUT1  BUT2  BUT3  LPro  LP1  LP2  LP3  M1  M2

Ing1  Ing2  Ing3  Doctorant

Vous devez vérifier que l’adresse mail inscrite sur ce formulaire corresponde bien à celle notée dans votre dossier administratif (via votre ENT). En cas d’erreur il vous appartient d’en informer votre secrétariat.



**Afin d’étudier votre situation, vous devrez contacter les assistantes sociales**

**DOCUMENTS À FOURNIR**

* Le formulaire « Demande d’exonération des droits d’inscription » dûment complété
* Photocopie de votre carte étudiante ou de votre certificat de scolarité 2024/2025
* R.I.B à votre nom

***Date limite d’envoi de votre dossier à votre secrétariat*** :

*06/06/2025 pour une commission fixée le 03/07/2025*

***Conformément au Règlement Général pour la Protection des Données en date du 27 Avril 2016,***

***et à la Loi Informatique et Libertés modifiée en date du 20 Juin 2018,***

***vous bénéficiez d’un droit d’accès, de rectification, et sous certaines conditions, d’un droit d’effacement de vos données.***

***Pour en savoir plus, merci de consulter les*** [***mentions légales***](http://www.univ-ubs.fr/fr/mentions-legales.html) ***présentes sur la page d’accueil de notre site web.***

**MOTIFS DE LA DEMANDE**

Exposez les difficultés ou évènements qui motivent votre demande et qui pourront être lus en commission.

L'étudiant.e soussigné(e), certifie l'exactitude des renseignements indiqués ci-dessus et reconnaît avoir pris connaissance du document « Règlement interne de l’exonération des droits d’inscription »

Date : Signature :

**POUR PRENDRE RENDEZ-VOUS avec le service social étudiant**

|  |  |
| --- | --- |
| **Lorient et Pontivy :**  Pôle Étudiant Prévention santé – handicap (PEPsh)  Tél : 02 97 87 45 99  Mél : sante.handicap.lorient@listes.univ-ubs.fr | **Vannes :**  Pôle Étudiant Prévention santé – handicap (PEPsh)  Tél : 02.97.01.27.21  Mél : sante.handicap.vannes@listes.univ-ubs.fr |