**Contact : Service Scolarité**
**03.81.66.68.22**
scoliut25@univ-fcomte.fr

# Fiche de demande de remboursement de droits d'inscription - V1

**A compléter par l'étudiant**

| | |
|---|---|
| Date de la demande | |
| Motif du remboursement | |
| Numéro d'étudiant (8 chiffres : 21XXXXXX) | |
| Nom | |
| Prénom | |
| Date de naissance | |
| Nom de rue | |
| Numéro dans la rue | |
| Complément adresse 1 | |
| Complément adresse 2 | |
| Code postal | |
| Ville | |
| Pays | |
| Téléphone | |
| Adresse mail | |
| Numéro INSEE (Sécurité Sociale) en 15 chiffres | |

**Pièces à fournir - tout dossier incomplet ne pourra être traité**

| |
|---|
| Les remboursements se font par virement. **Joindre obligatoirement un RIB-IBAN** |
| |
| |

**Réservé aux services administratifs de l'UFC**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Montant payé | | | |
| Montant dû | | | |
| Montant à rembourser | | | |

***En cas de remboursement sur un compte de tiers***

Je soussigné(e) Nom + Prénom

Autorise expressément l'Université de Franche-Comté à effectuer le remboursement sur le compte de :
Nom + Prénom

Dont vous trouverez l'IBAN joint à la présente fiche.

à (ville) le (date)

Signature