

# IMPRIME DE CONTRIBUTION OGE C

Nom du responsable légal 1 : .....

Adresse principale :  
.....

Nom du responsable légal 2 : .....

Adresse principale :  
.....

## Enfants scolarisés :

Nom ..... Prénom..... Classe .....

Nom ..... Prénom..... Classe .....

Nom ..... Prénom..... Classe .....

Nom ..... Prénom..... Classe .....

Coût annuel de la scolarité : 300€ + classe déplacée 40€ + assurances 6,90€

Deux modes de paiement sont proposés

- le paiement par chèque en 1 fois exigible à réception de la facture (novembre) éventuelle contribution solidaire
- le prélèvement bancaire en 10 fois réparti d'octobre à juillet de l'année scolaire en cours. (11 fois si contribution solidaire)

**Contribution solidaire :** *En lien avec le Projet Educatif de l'établissement, nous vous proposons de participer à un fond solidaire venant en aide aux familles de l'école qui traversent une situation financière difficile, équivalant à une mensualité additionnelle (30€).*



- oui, nous souhaitons participer à la contribution solidaire.

Si vous optez pour le prélèvement bancaire, nous vous invitons à nous transmettre les documents suivants (*même si vous étiez en prélèvement l'année précédente*):

- le mandat de prélèvement dûment renseigné
- un relevé d'identité bancaire ( au format IBAN BIC)

Signature

**Classes déplacées** Afin de réduire la sortie de fonds l'année du départ, nous faisons figurer sur votre facture une somme de 40 euros (4€/mois). Cette somme sera déduite du prix du voyage lors du départ de votre enfant. Les sommes capitalisées vous sont restituées en cas de déménagement, ou de fin de contrat dans l'établissement.

	<p>En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) _____ OGE C GENESTON</p> <p>à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de _____ OGE C GENESTON</p> <p><small>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.</small></p>	
Référence unique du mandat :	Identifiant créancier SEPA :	
<b>Débiteur :</b>	<b>Créancier :</b>	
Votre Nom	Nom	OGE C GENESTON
Votre Adresse	Adresse	43-45 Rue Jean Baptiste LEGEAY
Code postal	Code postal	44140
Ville	Ville	GENESTON
Pays	Pays	France
IBAN		
BIC	Paiement :	<input checked="" type="checkbox"/> Récurent/Répétitif <input type="checkbox"/> 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.**

A retourner au plus vite à l'école