

ADHÉSION au PRÉLÈVEMENT MENSUEL
(à compléter, à dater et à signer)

RESPONSABLE LEGAL	ELEVE
Nom / Prénom :	Nom :
Adresse :	Prénom :
Code postal :	Classe :
Ville :	Régime :
	<input type="checkbox"/> Pensionnaire
	<input type="checkbox"/> Demi-pensionnaire

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT. Le responsable légal soussigné autorise l'établissement teneur de mon compte à effectuer sur ce dernier, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par l'EPLEFPA d'ONDES. En cas de litige sur un prélèvement, le soussigné pourra en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur du compte. Le différend sera alors directement réglé avec l'EPLEFPA d'ONDES

J'opte pour la mensualisation

Date du prélèvement : 10 du mois

Fait à
le

(Signature)

NB : L'ETABLISSEMENT NE PREND PAS EN CHARGE LES FRAIS BANCAIRES QUI PEUVENT VOUS ÊTRE APPLIQUÉS PAR VOTRE BANQUE DANS LE CADRE DE VOS PRÉLÈVEMENTS.

Cadre réservé à l'administration		
<input type="checkbox"/>	Pension €
<input type="checkbox"/>	Demi-pension €
<input type="checkbox"/>	Frais divers €
<input type="checkbox"/>	Stages	(-)..... €
<input type="checkbox"/>	Bourses	(-)..... €
	TOTAL PRÉVISIONNEL €