

FICHE D'ENGAGEMENT

(À remplir par toute personne se portant garant du paiement des frais liés à l'hébergement/restauration/scolarité)

(Payeur n°1)

Je soussigné(e) (NOM en majuscules et prénoms usuels) :

Père Mère Autre :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse complète :

Code postal : Commune :

N° de Téléphone fixe : N° de Téléphone portable :

Adresse mél :

Profession :

Nom de votre employeur :

Adresse complète de votre employeur :

M'engage à payer les frais d'hébergement/restauration et autres frais (ex : centre équestre) liés à la scolarité de :

NOM : Prénom :

Régime : Interne Demi-pensionnaire Externe

Classe :

Boursier : Oui Non

Demande de bourses en cours : Oui (**joindre RIB**) Non

(À cocher)

En totalité

Règlement à 50 % des frais avec le payeur n°2

Soit :

par prélèvement mensuel : (remplir le mandat SEPA en page 3 de ce document et **joindre votre RIB**)

(Le prélèvement automatique mensuel est le moyen de paiement privilégié par l'établissement. Le nom du payeur sur cette fiche doit être identique au nom du titulaire du compte à débiter)

sur présentation en début de trimestre de l'avis des sommes à payer et paiement :

- par virement bancaire sur le compte de l'établissement (références ci-dessous)

(IBAN : FR76 1007 1310 0000 0010 0000 577 BIC : TRPUFRP1 Domiciliation : TPTOULOUSE)

Le parent qui perçoit les bourses nationales s'engage à payer tous les frais.

À défaut de paiement, je reconnais m'exposer à ce que le recouvrement en soit poursuivi, conformément à la réglementation en vigueur.

Signature Payeur 1 :

A

Le



T.S.V.P.

FICHE D'ENGAGEMENT

(À remplir par toute personne se portant garant du paiement des frais liés à l'hébergement/restauration/scolarité)

(Payeur n°2)

Je soussigné(e) (NOM en majuscules et prénoms usuels) :

Père Mère Autre :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse complète :

Code postal : Commune :

N° de Téléphone fixe : N° de Téléphone portable :

Adresse mél :

Profession :

Nom de votre employeur :

Adresse complète de votre employeur :

M'engage à payer les frais d'hébergement/restauration et autres frais (ex : centre équestre) liés à la scolarité de :

NOM : Prénom :

Régime : Interne Demi-pensionnaire Externe

Classe :

Boursier : Oui Non

Demande de bourses en cours : Oui (**joindre RIB**) Non

(À cocher)

En totalité

Règlement à 50 % des frais avec le payeur n°1

Soit :

par prélèvement mensuel : (remplir le mandat SEPA en page 3 de ce document et **joindre votre RIB**)

(Le prélèvement automatique mensuel est le moyen de paiement privilégié par l'établissement. Le nom du payeur sur cette fiche doit être identique au nom du titulaire du compte à débiter)

sur présentation en début de trimestre de l'avis des sommes à payer et paiement :

- par virement bancaire sur le compte de l'établissement (références ci-dessous)

(IBAN : FR76 1007 1310 0000 0010 0000 577 BIC : TRPUFRP1 Domiciliation : TPTOULOUSE)

Le parent qui perçoit les bourses nationales s'engage à payer tous les frais.

À défaut de paiement, je reconnais m'exposer à ce que le recouvrement en soit poursuivi, conformément à la réglementation en vigueur.

Signature Payeur 2 :

A

Le



MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat : Échéancier (à compléter, à dater et à signer)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) L'agent Comptable de l'EPLEFPA d'ONDES à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de L'agent Comptable de l'EPLEFPA d'ONDES
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon 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.

IDENTIFIANT CREANCIER

FR48 zzz 854395

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

DESIGNATION DU CREANCIER

Nom, prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél :

Mel :

EPLEA ONDES AGENCE COMPTABLE

FOURNERY

31330 ONDES

Nom – Prénom de l'élève : Classe :

REGIME : (cocher la case) INTERNE DEMI-PENSIONNAIRE EXTERNE

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

JOINDRE ET AGRAFER UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (format européen)

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif

Paiement ponctuel

Signé à

Signature :

Le

Rappel :

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par l'EPLEFPA d'ONDES. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec L'agent Comptable de l'EPLEFPA d'ONDES.

L'Établissement ne prend pas en charge les frais bancaires qui peuvent être appliqués dans le cadre de vos prélèvements.

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

EPLEFPA d'ONDES – TOURNASSOU - 31330 ONDES

Contact : Agence comptable ☎ 05 61 37 65 86 (Mardi) / Mercredi – Jeudi matin

epl.ondes@educagri.fr