

## A signer et à rendre au plus tard pour le 10 juillet 2019

Monsieur et/ou Madame ....., parents de :  
 Nom : ..... Prénom : .....  
 s'engagent à acquitter la contribution des familles au fonctionnement de l'établissement ainsi que toutes dépenses para et périscolaires (externat surveillé, demi-pension, pension, activités culturelles et sportives, assurance obligatoire...) dont leur enfant aura bénéficié.

### Parents séparés ou divorcés :

Si vous souhaitez la mise en place une facturation distincte, merci de nous indiquer ci-après la répartition de frais entre les deux parents :

Dans ce cas, **le présent règlement financier doit obligatoirement être signé par les deux parents**, et doit être accompagné du mandat de prélèvement en double exemplaire (un pour chaque payeur).

### Tarifs :

LIBELLE	BTS 2ème année
Contributions des familles	1 770,00
Frais annexes *	120,00
<b>TOTAL FRAIS DE SCOLARITE</b>	<b>1 890,00</b>

\* sous réserve de changement de tarif de nos prestataires

<b>Dispositif Objectif INGénieur (Facultatif)</b>	<b>180,00</b>
---------------------------------------------------	---------------

### • DATES DES 3 TRIMESTRES SCOLAIRES :

Voici les dates des 3 trimestres scolaires pour l'année 2019/2020 :

- 1er trimestre : 2 septembre 2019 au 20 décembre 2019
- 2ème trimestre : 6 janvier 2020 au 10 avril 2020
- 3ème trimestre : 27 avril 2020 au 3 juillet 2020.

(Sous réserve d'un changement de calendrier par l'Inspection Académique)

Signature :

Madame, Monsieur, .....  
 parents de ..... classe .....

- Choisisent le mode de règlement suivant pour l'année scolaire 2019/2020 :

- Prélèvement automatique  
 Chèque / Virement bancaire

## MANDAT de Prélèvement SEPA

### Référence Unique du Mandat :

Nous vous rappelons que vous retrouverez votre référence de mandat (RUM) sur chacune de nos factures.

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **ASS. DES PERES DE FAMILLE DE L'ECOLE OZANAM** à envoyer des informations à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'**ASS. DES PERES DE FAMILLE DE L'ECOLE OZANAM**.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.

### Débiteur :

Votre Nom .....  
 Votre adresse ..... CP / Ville ..... France  
 IBAN : .....  
 BIC : .....

### Créancier :

ASS. DES PERES DE FAMILLE DE L'ECOLE OZANAM  
 Identifiant du créancier (ICS) : FR10ZZZ439337  
 50 rue Saint Gabriel  
 59045 LILLE CEDEX - France

Paiement :  Récurrent/répétitif  Ponctuel

A : ..... Le : ..... Signature :

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. **Merci de coller votre relevé d'identité bancaire RIB**