



ENGAGEMENT FINANCIER 2024 / 2025

A signer et à rendre avant le 1^{er} juin 2024 par e-mail : comptabilite@ozanam.eu

Sans retour de ce document, l'inscription ne pourra pas être validée

Monsieur et/ou Madame
parents de Nom/Prénom :
s'engagent à acquitter la contribution des familles de l'établissement ainsi que toutes dépenses para et périscolaires (demi-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 engagement 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 :**

	Seconde
Contributions des familles	1 359,00 €
Frais annexes ⁽¹⁾ *	235,00 €
Projet numérique *	250,00 €
Caution Tablette	100,00 €
Total Frais de scolarité	1 944,00 €

Option EPS / Spécialité EPPCS (<i>Facultatives</i>)	8,00 €
---	--------

⁽¹⁾ sous réserve de changement de tarif de nos prestataires

* En cas de départ anticipé, l'intégralité de cette somme reste due.

• **Demi-pension :**

Le régime est choisi pour la totalité d'un trimestre. Le changement de régime doit être formalisé par un courrier des parents adressé au service comptabilité au moins 15 jours avant la fin du trimestre scolaire en cours, pour une application sur le trimestre suivant.

Les trimestres sont les suivants :

- 1^{er} trimestre : du 2 septembre 2024 aux vacances de Noël
(Pour un changement au 2^{ème} trimestre : courrier à nous faire parvenir avant le 9/12/2024)

- 2^{ème} trimestre : du retour des vacances de Noël aux vacances de Pâques
(Pour un changement au 3^{ème} trimestre : courrier à nous faire parvenir avant le 24/03/2025)
- 3^{ème} trimestre : du retour des vacances de Pâques aux vacances d'été

Choix du régime pour l'année 2024/2025 (*):

Régime :	Prix / repas	Prix annuel
<input type="checkbox"/> Demi-pensionnaire : Forfait 5 jours / semaine	6,90 €	1 041,90 €
<input type="checkbox"/> Demi-pensionnaire : Forfait 4 jours / semaine	7,00 €	882,00 €
<input type="checkbox"/> Demi-pensionnaire : Forfait 3 jours / semaine	7,20 €	705,60 €
<input type="checkbox"/> Externe : moins de 3 repas par semaine	7,50 €	

(*): Pour le 1^{er} trimestre, nous vous laissons la possibilité de changer de régime à la rentrée des classes **jusqu'au vendredi 13 septembre 2024 dernier délai**, par e-mail à l'adresse : comptabilite@ozanam.eu

• **Modalités de règlement**

Madame, Monsieur,
parents de

Choisissent le mode de règlement suivant pour 2024/2025 :

- Prélèvement début de mois** : le 15 octobre 2024 puis le 7 de chaque mois de novembre 2024 à juin 2025 inclus
- Prélèvement fin de mois** : le 30 de chaque mois, d'octobre 2024 à juin 2025 inclus.

Dans ces 2 cas, merci de bien vouloir compléter le mandat de prélèvement ci-dessous.

Date :

Signature(s) :

MANDAT de Prélèvement

Référence Unique du Mandat : (à compléter par nos soins)
 Nous vous rappelons que vous retrouverez votre référence de mandat (RUM) sur chacune de nos factures.

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **l'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 / VilleFrance

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.

Veillez compléter tous les champs du mandat.

Merci de coller votre relevé d'identité bancaire RIB