

ACOMPTE : Chq Esp. CB
Reçu n°

RIB :

Je soussigné :

Nom et Prénom du **responsable légal** :

NOM : Prénom :

inscrit :

n'inscrit pas :

Nom et Prénom de **l'élève** :

NOM : Prénom :

Né(e) le :

Classe :

à la demi-pension (5 jours par semaine) pour l'année scolaire 2023-2024.

L'élève sera à l'internat : OUI NON

Je certifie avoir pris connaissance des conditions de fonctionnement du restaurant scolaire et m'engage à régler dès la réception de la facture émise à mon nom.

Date :

Signature :

Merci de joindre impérativement au dossier :

- **RIB du responsable légal de l'élève (pour remboursement éventuel)**
- **Attestation de quotient familial de la CAF de moins de 3 mois**
- **Acompte de 60 euros (ou de 200 euros pour les élèves internes)**