

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 2021-2022.

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**
- **Acompte de 60 euros (ou de 200 euros pour les élèves internes)**