

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 2020-2021.

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 :

Pièces obligatoires à joindre :

- **RIB du responsable légal de l'élève (pour remboursement éventuel)**
- **Attestation de quotient familial pour déterminer le tarif de votre enfant.**
Attention : en l'absence de ce document, le tarif maximum sera automatiquement appliqué, aucune modification de tarif ne sera possible après facturation.

- **Acompte de 60.00 euros pour les demi-pensionnaires**