

Facturation :

Cette somme correspond à la contribution des familles (frais de scolarité) et à la restauration si votre enfant déjeune au self à midi.

Les fournitures scolaires du début d'année font l'objet d'une ligne de facturation à part (27 €).

Les repas sont servis au **Self** tous les jours de la semaine sauf le mercredi. Le paiement est calculé de manière forfaitaire.

Attention, le prix du **repas occasionnel** (hors forfait) est **majoré** et est fixé à **5,20 €**.

Modes de règlement :

Pour le paiement des factures vous pouvez opter soit pour un :

- **Paiement mensuel par prélèvement automatique sur 10 mois (octobre à juillet)**

	Mensuel
Sans restauration	46,00 €
Avec restauration 4 Jours	112,90 €
Avec restauration 3 Jours	96,10 €
Avec restauration 2 Jours	79,40 €
Avec restauration 1 Jour	62,70 €

- **Paiement trimestriel par chèque**

	Trimestre 1	Trimestre 2	Trimestre 3
Sans restauration	153,36 €	153,32 €	153,32 €
Avec restauration 4 Jours	376,40 €	376,30 €	376,30 €
Avec restauration 3 Jours	320,40 €	320,30 €	320,30 €
Avec restauration 2 Jours	264,72 €	264,64 €	264,64 €
Avec restauration 1 Jour	209,04 €	208,98 €	208,98 €

Réductions :

- ✚ Pour un 3^{ème} enfant inscrit au collège, nous accorderons la gratuité sur la contribution scolaire.
- ✚ Les bourses seront déduites des facturations mensuelles ou trimestrielles.
- ✚ Si vous rencontrez des difficultés financières, n'hésitez pas à contacter la direction.

Etude du soir :

Une étude gratuite surveillée par Mme LE DAIN est proposée aux élèves le matin de 08H00 à 08H45 et le soir de 17h00 à 18h00.

Identité de l'élève :

Nom : **Prénoms :**

Classe : **Date de naissance :** **Lieu de naissance :**

Scolarité de l'année scolaire 2023 – 2024 :

Classe : **Régime :** Demi – pensionnaire Externe

Restauration :

Lundi	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Mardi	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Jeudi	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Vendredi	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Etude : (Ceci pourra être précisé en début d'année)

Lundi	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Mardi	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Jeudi	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Identité du représentant légal :

Nom : **Prénoms :**

Adresse : **Code Postal :** **Ville :**

Téléphone : **Portable :** **Courriel :**

Responsable Financier si différent du responsable légal :

Nom : **Prénoms :**

Adresse : **Code Postal :** **Ville :**

Téléphone : **Portable :** **Courriel :**

Contrat de scolarisation :

Madame, Monsieur ont pris connaissance des tarifs 2023/2024 et s'engagent à régler les frais de scolarité au collège Notre Dame des Portes.

Fait à le / / **Signature :**

Scolarité de vos enfants :

Renseignements concernant les enfants scolarisés au Collège Notre Dame des Portes

Merci de compléter le tableau ci-dessous :

Nom	Prénom	Classe

Objet : Prélèvement automatique

Madame, Monsieur,

Pour faciliter le paiement des frais de l'année scolaire, nous proposons le règlement par prélèvements automatiques dans les conditions suivantes :

- soit 10 prélèvements identiques de Octobre à Juillet + solde éventuel de l'année en juillet ;

Pour l'acceptation de la proposition, vous voudrez bien faire retour du talon ci-dessous, de la demande, de l'autorisation de prélèvement (*datées et signées*) et d'un RIB.

Recevez, Madame, Monsieur, mes salutations les meilleures.

Le Chef d'Etablissement.

A remettre au service comptabilité à l'inscription

Monsieur ou Madame

Parents :

de Classe :

de Classe :

de Classe :

- Opte pour le prélèvement automatique sur **sur 10 mois à compter du 10 Octobre 2023** et le prélèvement du solde des frais en juillet 2024 ;

A Le

Signature :

N.B. : Joindre la demande de prélèvement et le mandat Sepa (*datés, signés*) avec un RIB

A retourner au collège

MANDAT de Prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez COLLEGE Notre-Dame des Portes à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de COLLEGE Notre-Dame des Portes.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle.

Une demande de remboursement doit être présentée :

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Veuillez compléter les champs marqués *

Votre Nom	*	-----	1																				
		Nom/ Prénoms du débiteur																					
	*	-----	2																				
		Numéro et nom de la rue																					
Votre adresse	*	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>					3																
		Code Postal																					
	*	-----	4																				
		Ville																					
	*	-----	4																				
		Pays																					
Les coordonnées de votre compte	*	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																					5
		Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)																					
	*	-----	6																				
		Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)																					
Nom du créancier	*	COLLEGE NOTRE-DAME DES PORTES	7																				
		Nom du créancier																					
	*	FR82ZZZ502643	8																				
		ICS (Identifiant de Créancier SEPA)																					
	*	36 RUE PAUL SERUSIER	9																				
		Numéro et nom de la rue																					
	*	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>							10														
		Code Postal																					
	*	CHATEAUNEUF DU FAOU	10																				
		Ville																					
	*	FRANCE	11																				
		Pays																					
Type de paiement	*	Paiement récurrent/répétitif <input checked="" type="checkbox"/> Paiement Ponctuel <input type="checkbox"/>	12																				
Signé à	*	-----	13																				
		Lieu																					
		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>							13														
		Date:JJ/MM/AAAA																					
Signature(s)		Veuillez signer ici <div style="border: 1px solid black; width: 500px; height: 50px; margin-left: 10px;"></div>																					

Note: Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

N.B. : Ne pas oublier de transmettre votre RIB – merci.

A retourner au collège