

%CIVRESP %NOMPrenomRESP
%ADRCOMPRESP
%CPVILLFAMILLE

FICHE ANNEXE AU CONTRAT DE SCOLARISATION
RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS ET ENGAGEMENTS
A retourner dès réception

Nous vous remercions de prendre connaissance de la présente fiche, de la renseigner et de nous la retourner signée à
OGEC ST PIERRE 7 RUE VILLENEUVE CS 50012 01001 BOURG EN BRESSE cedex.

Responsable(s) principal(aux) :

Situation de famille :

☐ Marié(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Pacsé(e) ☐ Vie maritale ☐ Séparé(e)* ☐ Divorcé(e)* ☐ Célibataire

** Il est rappelé que si un jugement a été prononcé, les familles doivent en fournir copie à l'établissement*

Nom

Nom de jeune Fille :

Tél. portable perso. :

Tél. travail :

Adresse mail contact :

Domicile ☐ Père et Mère ☐ Père ☐ Mère

Tél. domicile :

Liste rouge :

Modalités actuelles de paiement

Prélèvement :

En cas de modification de RIB merci de renseigner le mandat SEPA en page 3 ci-après

Carte bancaire ☐ à cocher si mode de règlement souhaité

En cas de payeurs multiples, merci d'indiquer un pourcentage de répartition de la facture globale :

NOM du 1^{er} payeur : _____ Pourcentage : _____%

NOM du 2^{ème} payeur : _____ Pourcentage : _____%

NB : chaque payeur complétera une fiche annexe

Voir suite au verso ➔

Enfants scolarisés dans l'institution

Merci d'inscrire de façon manuscrite les nom-prénom de votre(vos) enfant(s) scolarisé(s) dans l'institution ainsi que leur Régime (Externat, demi-pension, pension) :

Elève	Régime E/DP/P	Elève	Régime E/DP/P

Pour les demi-pensionnaires, vous pourrez indiquer les jours de repas sur votre espace Ecole Directe du 1^{er} au 15/9.

Assurance individuelle accident « Mutuelle Saint-Christophe » *(à compléter impérativement)*

Oui ☐ Je (nous) souscris(vons) à l'assurance scolaire proposée par la Mutuelle Saint-Christophe

(Je n'envoie aucun règlement à ce jour et j'autorise l'OGEC Saint-Pierre à refacturer cette assurance pour le compte de la Mutuelle Saint-Christophe, et porter le montant de **11 €** par élève sur la facture annuelle).

Pour obtenir des informations sur les garanties et éditer votre attestation d'assurance, merci de vous rendre sur <https://www.saint-christophe-assurances.fr/informations-pratiques/espace-parents/attestations-eleves>

Non ☐ Je (nous) ne souscris(vons) pas à l'assurance scolaire proposée.

J'atteste sur l'honneur que mon(mes) enfant(s) est (sont) couvert(s) par mes soins et sous ma responsabilité, par un contrat d'assurance garantissant, pour la durée de l'année scolaire, la responsabilité civile, l'individuelle accident, lors des activités scolaires au sein ou en dehors de l'établissement (sport, sorties scolaires, stages obligatoires non-rémunérés, échanges, classes vertes ...), trajets domicile / établissement. Je pourrais être amené à produire une attestation d'assurance à la demande de l'OGEC, en cas de sinistre déclaré.

Je soussigné(e) (Nous soussignés) _____

responsable(s) de(s) l'élève(s) indiqué(s) au paragraphe ci-dessus, déclare(nt) avoir pris connaissance du contrat de scolarisation, des montants des contributions familiales, frais de demi-pension et d'internat et m'engage (nous engageons) à régler dans les délais impartis les factures émises par l'OGEC Saint-Pierre, conformément aux modalités de facturation définies par mes (nos) soins.

Je règle (nous réglons) l'acompte de 150 €

- ☐ par un prélèvement forfaitaire qui sera réalisé le **20/09/2020** (option pour le prélèvement mensuel).
☐ par CB avant le **31/08/2020** – (option pour le règlement par carte bancaire sur votre espace Ecole Directe).

Date et Signature (s) de l'ensemble des parties :

A remplir uniquement en cas de changement de domiciliation bancaire

Nous vous rappelons que vous retrouverez votre référence de mandat (RUM) sur chacune de nos factures

**Mandat de
prélèvement
SEPA**



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **OGE C SAINT-PIERRE** à envoyer des informations à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **OGE C SAINT-PIERRE**.
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.

Identifiant du créancier (ICS) : **FR71ZZZ370533**

Débiteur

Créancier

Votre Nom _____

OGE C SAINT-PIERRE _____

Votre adresse _____

7 RUE VILLENEUVE _____

CP/Ville _____

01000 BOURG-EN-BRESSE _____

France _____

France _____

IBAN _____

BIC _____

Païement ☒ 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.

Veuillez compléter tous les champs du mandat.



Merci de coller votre relevé d'identité bancaire RIB

A nous retourner dûment complété