14000 CAEN
☎ : 02.31.44.45.50

ANNEE SCOLAIRE 2024/2025

F A C T U R A T I O N

Nom - prénom du responsable légal 1 : .....
Nom - prénom du responsable légal 2 : .....

Adresse de facturation : .....
.....

Je souhaite le prélèvement automatique mensuel pour la scolarité, garderie/étude et cantine :

☐ **Oui** ☐ **Non** ➲ Changement de coordonnées bancaires ☐ **Oui** ☐ **Non**

NOM et prénom des enfants	Classe (année prochaine)

Cantine :

L'(es) enfant(s) mangera (ont)-il (s) à la cantine ? ☐ **Oui** ☐ **Non**

☐ Au ticket
☐ ¼ forfait – 1 jour fixe/semaine * ➲ ☐ ¾ forfait – 3 jours fixes/semaine *
☐ ½ forfait – 2 jours fixes/semaine * ➲ ☐ Au forfait mensuel

* Merci de nous indiquer les jours : Lundi ☐ Jeudi ☐
Mardi ☐ Vendredi ☐

Garderie : *Toute demi-heure entamée est due*.

L'(es) enfant(s) restera (ont) à la garderie ? Au ticket ☐ **Oui** ☐ **Non** ☐ matin et/ou soir *
Au forfait ☐ **Oui** ☐ **Non** ☐ matin et/ou soir *
*Rayer la mention inutile

Forfait mensuel	½ heure par jour	1 heure journalière	1 heure ½ journalière	2 heures journalières
	☐	☐	☐	☐

Etude : Toute *heure entamée est due*

L'(es) enfant(s) restera (ont) à l'étude ? Au ticket ☐ **Oui** ☐ **Non**
Au forfait ☐ **Oui** ☐ **Non**

Forfait mensuel	*1 jour semaine	*2 jours par semaine	*3 jours par semaine	4 jours par semaine
➪ jusqu' à 18 h 00	☐	☐	☐	☐
➪ jusqu'à 18 h 30	☐	☐	☐	☐

* Merci de nous indiquer les jours : Lundi ☐ Jeudi ☐
Mardi ☐ Vendredi ☐

Caisse de solidarité :
M. et/ou Mme choisisse(nt) de verser mensuellement dans la caisse de solidarité ☐ **Oui** ☐ **Non**
☐ La somme de 3 € ☐ La somme de . . . . . €

Fait à ..... le ……. Signature du ou des représentant(s) légal(aux)