

Année scolaire 2023 – 2024

ENGAGEMENT DE PAIEMENTS

Je soussigné(e), responsable financier

Nom (**responsable légal 1**) :

Prénoms :

Date et lieu de naissance :

N° allocataire CAF :

Adresse CAF :

M'engage à régler à l'agent comptable du LPA « Les Alpilles » tous les frais afférents à la scolarité de mon enfant :

Nom : Prénoms :

Classe : Statut : Externe Demi-pensionnaire Interne

Coordonnées employeur :

Nom :

Adresse :

N° SIRET :

En cas de changement de régime ou de démission de mon enfant, je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur stipulant que tout trimestre entamé est dû.

A le

Signature

Agrafer un RIB au nom et prénom du responsable financier pour tout éventuel remboursement à effectuer dans le courant de l'année scolaire.