



# CONVENTION DE SCOLARISATION - Année scolaire 2018-2019

FORMULAIRE A RETOURNER IMPERATIVEMENT A L'ECONOMAT DE CAMPOSTAL

**PAR RETOUR DE COURRIER (un seul formulaire par famille)**

RECTO / VERSO

**NOM – PRENOM du RESPONSABLE** .....

## **ELEVES SCOLARISES au Groupe Scolaire ND CAMPOSTAL et GOUAREC**

| Nom – Prénom | Classe | Régime (1) |
|--------------|--------|------------|
|              |        |            |
|              |        |            |
|              |        |            |
|              |        |            |

(1) **E** pour Externe – **DP4** pour Demi-Pensionnaire 4 jours **DP5** pour Demi-Pensionnaire 5 jours – **P** pour Pensionnaire

### **DEMATERIALIZATION DES FACTURES - SUIVI DE VOTRE SITUATION FINANCIERE**

**VOTRE COMPTE SCOLINFO** : Vous pourrez consulter votre situation financière personnelle à tout moment. Les factures ne feront plus l'objet d'une édition papier systématique dans la mesure où elles vous seront adressées via votre compte Scolinfo (**un exemplaire papier sera expédié sur simple demande – cocher cette case**  )

### **CHOIX DU MODE DE REGLEMENT - FRAIS LIES A LA SCOLARITE**

Madame, Monsieur , ----- déclarent avoir reçu et pris connaissance des tarifs pour l'année 2018-2019 et s'engagent à acquitter la contribution des familles, les frais divers ainsi que les dépenses liées au statut de leur enfant (1/2 pension, internat) et opte(nt) pour le type de règlement suivant :

- A RECEPTION DE FACTURE** ou par acomptes à votre convenance
- PAR PRELEVEMENTS** automatiques mensuels :
- coordonnées bancaires inchangées
  - nouvelles coordonnées bancaires : **je complète l'autorisation de prélèvement ci-contre et joins un RIB**

### **CHOIX DU MODE DE REGLEMENT - SEJOURS PEDAGOGIQUES**

- SOUHAITE ADHERER AUX PRELEVEMENTS AUTOMATIQUES** (le coût du séjour viendra s'ajouter aux prélèvements liés à la scolarité et sera, de ce fait, étalé sur 10 mois)
- NE SOUHAITE PAS ADHERER AUX PRELEVEMENTS** pour le règlement du séjour

### **MAJORATION FACULTATIVE DE SOLIDARITE**

Dans le contexte actuel de crise, le Conseil d'Administration de l'OGEC a décidé de mettre en place un dispositif de solidarité destiné à aider financièrement les familles de l'établissement se trouvant ponctuellement en situation difficile. Aussi, si vous le souhaitez, vous pouvez participer à l'abondement de ce fonds de solidarité en cochant une case ci-dessous :

Je choisis la MAJORATION VOLONTAIRE DE SOLIDARITE (montant annuel par famille qui figure sur la 1<sup>ère</sup> facture)

50 €                       autre montant : \_\_\_\_\_ €

Cette majoration figurera sur la 1<sup>ère</sup> facture de l'année.

A \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_  
Signature





# AUTORISATION DE PRELEVEMENT Année scolaire 2018-2019

MANDAT de Prélèvement SEPA

-----  
Référence unique du mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'OGEC ND de CAMPOSTAL et GOUAREC à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions l'OGEC ND de CAMPOSTAL et GOUAREC.

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 \* .....  
Nom / Prénoms du débiteur

Votre adresse \* .....  
Numéro et nom de la rue  
\* ..... \* .....  
Code postal ..... Ville

Les coordonnées \* FR .....  
de votre compte Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)

BANQUE : ..... AGENCE : .....

BIC(Bank Identifier code) : Code international d'identification de votre banque : .....

Nom du créancier OGEC NOTRE-DAME DE CAMPOSTAL et GOUAREC Emetteur - ICS n° FR74ZZZ389879  
Nom du créancier Identifiant du créancier  
5 PLACE DU BOURG COZ  
Numéro et nom de la rue  
22110 ROSTRENEN FRANCE  
Code Postal Ville Pays

Type de paiement Paiement récurrent / répétitif

Signé à \* ..... Le .....  
Lieu Date

Signature(s) : \*Veuillez signer ici  
[Signature box]

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

| Prélèvements mensuels PAR ELEVE  | INTERNE | DP 5 jours | DP 4 jours | EXTERNE |
|--|---------|------------|------------|---------|
|  | €       | €          | €          | €       |
| COLLEGE sur 10 mois (sept à juin)<br>6 <sup>ème</sup> à 3 <sup>ème</sup> | 282     | 127        | 114        | 44      |
| LYCEE sur 10 mois (sept à juin)<br>2 <sup>Nde</sup> à Term               | 307     | 137        | 124        | 55      |

NB : Le prélèvement mensuel a lieu au 20 de chaque mois à compter de septembre . Il est fixe sur la majeure partie de l'année mais **AJUSTE** pour le dernier prélèvement **en fonction des factures réelles**.

