

**A COMPLETER ET A RETOURNER (sans le détacher)
A L'INSTITUT ACCOMPAGNÉ :**

- des pièces justificatives
- de(s) la fiche(s) sanitaire de liaison
- du(des) contrat(s) de scolarisation

Pour le 16 août 2026

Enfant(s) inscrit(s)[illegible]

INFORMATIONS FINANCIERES

RESPONSABLE LEGAL :

RESPONSABLE PAYEUR :

☐ Père ☐ Mère ☐ Père et Mère ☐ Autre : _____

☐ Père ☐ Mère ☐ Père et Mère ☐ Autre : _____

NOMBRE D'ENFANTS A CHARGE : _____

PEREQUATION FAMILIALE :

Revenus à remplir suivant l'avis d'imposition 2025 (à défaut 2024) dont **photocopie à joindre au dossier** (en l'absence de cette photocopie, application de la tarification selon catégorie d'impôts > à 1500 €)

☐ Non imposable ou impôt de moins de 150 €

☐ Impôt compris entre 150 € et 1.500 €

☐ Impôt supérieur à 1.500 € ou non communiqué

En cas de séparation, fournir les deux avis et nous indiquer ci-dessous la répartition de la facture entre les parents :

Père : _____% Mère : _____%

Autre répartition à préciser : _____

ENFANTS SCOLARISES EN DEHORS DE L'INSTITUT : (Ecole, Secondaire et Etudes supérieures)

Nom	Prénom	Année de naissance	Etablissement Scolaire Fréquenté		Régime (cocher)		
				Catholique	Externe	Demi-Pension	Pension

MODE DE REGLEMENT :

☐ Chèque : ☐ en 1 fois ☐ en 3 fois ☐ en 9 fois

☐ Prélèvements en 10 fois - modalités cf. dossier de rentrée (si 1^{ère} demande ou changement de domiciliation bancaire, joindre un mandat de prélèvement - dans le dossier - et un relevé IBAN) -

Lorsque les familles en situation financière difficile souhaitent faire une demande de réduction, celle-ci est accueillie avec bienveillance et étudiée par les Chefs d'établissement. La demande est à faire auprès de Mme LECLUZE (Service comptabilité).

ENFANTS PENSIONNAIRES SCOLARISES A L'INSTITUT : CHOIX DU REGIME à compléter

Pensionnaire 9 repas : du lundi au vendredi ; **Pensionnaire 7 repas** : lundi, mardi, jeudi et vendredi

Nom	Prénom	Classe	Régime (cocher)	
			Pensionnaire 9 repas	Pensionnaire 7 repas

ASSOCIATION DE PARENTS D'ÉLÈVES – 2026-2027

L'association de parents d'élèves participe à la vie de l'établissement et représente les familles auprès de la communauté éducative. Elle contribue également à l'organisation et au soutien de différentes actions au bénéfice des élèves. Elle donne accès à la revue famille éducation.

L'adhésion est facultative. La cotisation est annuelle et familiale : elle est dûe une seule fois par famille, quel que soit le nombre d'enfants scolarisés dans l'établissement.

Nous vous remercions de bien vouloir nous indiquer votre choix :

☐ **souhaite(nt) adhérer à l'association de parents d'élèves** pour l'année scolaire [2026-2027].

Montant de la cotisation familiale : 20 €.

☐ **ne souhaite(nt) pas adhérer à l'association de parents d'élèves** pour l'année scolaire [2026-2027].

ASSURANCE SCOLAIRE – 2026-2027

Une assurance scolaire incluant la garantie individuelle accident est contractée par l'établissement pour chaque élève et facturée aux parents au tarif de 5,27 €. Si les parents fournissent une attestation d'assurance scolaire **incluant une garantie individuelle accident** avant le 15 septembre, l'assurance souscrite par l'établissement sera déduite de la contribution familiale. Une notice d'information de la Mutuelle St Christophe est fournie avec ce dossier.

Le(s) signataire(s) :

☐ fournit(ssent) une attestation scolaire incluant une garantie individuelle accident

☐ ne fournit(ssent) pas d'attestation et adhère(nt) au contrat souscrit par l'établissement

SIGNATURES

Le(s) signataire(s) déclare(nt) que les informations figurant dans le présent document sont exactes et conformes à la réalité à la date de la signature. Il(s) s'engage(nt) à en garantir la véracité et à informer l'établissement de toute modification ultérieure.

A, le..... 2026

Signature du père

Signature de la mère

Autre à préciser

Signature obligatoire des responsables légaux précédée de la mention « lu et approuvé »

(en cas d'autorité parentale conjointe, signature obligatoire des 2 parents - en cas contraire copie de la décision de justice)

Une copie de ce contrat sera retournée après visa du chef d'établissement sur simple demande des responsables de l'élève.

ETALEMENT DE VOS DEPENSES : Adhésion, renouvellement, annulation

Cette proposition est faite pour faciliter la gestion familiale. Les coûts supplémentaires pour l'Institut sont facturés. Etalement sur 10 mois (de septembre à Juin). **Attention** : en cas de difficultés financières, prévenir au plus tard le 20 du mois précédant le prélèvement. En cas de rejet, les frais sont répercutés.

Vous souhaitez adhérer au système de prélèvement, renouveler votre adhésion ou annuler les prélèvements, cocher la case correspondante :

Mme, M. (nom, prénom) _____, élève(s) _____

☐ J'opte pour le prélèvement pour la première fois (remplir le MANDAT (SEPA) ci-dessous et joindre un relevé I.B.A.N.)

☐ Je ne souhaite plus payer par prélèvement

☐ J'ai déjà opté et souhaite maintenir cette solution (option retenue par défaut, votre réponse n'est pas obligatoire **sauf changement de domiciliation bancaire, remplir le formulaire MANDAT ci-dessous et joindre un relevé I.B.A.N.)**

MANDAT de prélèvement SEPA

Référence unique du mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'établissement INSTITUT SAINT-LO à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions de l'INSTITUT SAINT-LO sis à AGNEAUX.

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 votre compte pour un prélèvement autorisé. En cas de prélèvement non autorisé, cette demande doit être présentée sans tarder et au plus tard dans les 13 mois.

Votre nom :		
Votre adresse :		
Votre référence :	Cadre réservé à l'établissement	

Coordonnées de votre compte

Numéro d'identification international de votre compte - IBAN	
Code international d'identification de votre banque - BIC	

Créancier

Nom : INSTITUT SAINT-LO	Rue de l'Oratoire	50180 AGNEAUX
Identifiant ICS	FR63ZZZ205583	

Type de paiement	Paiement récurrent / répétitif ☒	Paiement ponctuel ☐
-------------------------	--	--

Signature(s)

à _____

le _____