

## FICHE DES CHOIX DE PAIEMENT

Nom :

Adresse Payeur

Prénom :

Classe :

Régime :

Document à nous renvoyer **UNIQUEMENT SI** vous avez coché l'une de ces cases

- ☐ Nouvelle inscription
- ☐ Changement de tarif, de RIB ou moyen de paiement différent de l'année scolaire 2026-2027
- ☐ Changement de régime : Merci d'indiquer le nouveau régime : .....
- ☐ Changement d'adresse

*Si aucune case cochée, rien à retourner*

### I – TARIF ADOPTÉ

Cocher une case

**- Tarif adopté :**

Voir Tarifs 2026-2027 sur notre site internet

- le tarif A

☐

- le tarif B

☐

- le tarif C

☐

- le tarif D

☐

### II – MODE DE RÉGLEMENT

Choix n° 1

**- Paiement par PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE**☐

- Compléter et signer le mandat de prélèvement

- Joindre un Relevé d'Identité Bancaire ou Postal

AU VERSO DE CETTE FICHE

OU

Choix n° 2

**- Autres moyens de paiement**

(Chèque, carte bleue, virement bancaire)

☐

Date :

Signature des Parents :



## MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **OGECE ST JOSEPH-LA SALLE** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **OGECE ST JOSEPH-LA SALLE**.

*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.*

**Veillez compléter les champs marqués par \***

**Nom et prénom de l'élève :**

**Classe :**

### Désignation du titulaire du compte à débiter

Nom - Prénom : \*

Adresse : \*

Code postal : \* Ville : \*

### Identifiant Créancier SEPA :

FR 18 Z Z Z 3 9 3 8 9 4

Nom : OGECE ST JOSEPH-LA SALLE

Adresse : 42 RUE DE KERGUESTENEN

Code postal : 56100 Ville : LORIENT



### Coordonnées de votre compte

*Identification internationale - IBAN \**

FR 18 Z Z Z 3 9 3 8 9 4

*Identifiant international de la banque - BIC \**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Type de Paiement : Récurrent

Le : \*

A : \*

Signature OBLIGATOIRE : \*

**MERCI DE COLLER OU D'AGRAPHER  
OBLIGATOIREMENT  
VOTRE RIB ICI**