

CONVENTION FINANCIERE 2020-2021

Nom et Prénom des élèves à la rentrée de septembre 2020 + Régime choisi (EXT-DP)

- 1-
2-
3-
4-

Responsable(s) financier(s) : Nom + Prénom + adresse complète

.....
.....
.....

Détermination de votre catégorie : merci de renseigner la case du quotient familial à l'aide des informations ci-dessous :

Quotient familial	Catégorie
Inférieur à 7 001 €	7
De 7 001 à 8 600 €	6
De 8 601 à 10 200 €	5
De 10 201 à 11 800 €	4
De 11 801 à 13 400 €	3
De 13 401 à 15 000 €	2
Supérieur à 15 000 €	1

Pour calculer votre quotient familial et donc déterminer votre catégorie, vous devez diviser votre revenu fiscal de référence (indiqué sur votre feuille d'imposition 2019) par le nombre de part(s) fiscale(s).

$$\text{Quotient familial} = \frac{\text{Revenu fiscal de référence}}{\text{Nombre de part(s) fiscale(s)}}$$

(FOURNIR OBLIGATOIREMENT UNE COPIE DE L'AVIS D'IMPOSITION 2019 SUR LEQUEL FIGURE L'ENFANT SCOLARISÉ).

Mode de Règlement choisi :

☐ Chèque ☐ espèces ☐ prélèvement

Adhésion « APEL » (Association des Parents d'élèves de l'Enseignement Libre)

☐ OUI

☐ NON

(La cotisation APEL "plein tarif" est versée **par famille** dans l'établissement catholique fréquenté par l'aîné des enfants de la famille). Établissement catholique fréquenté par l'aîné des enfants **au 02.09.2020** :

Date Signature :

**PRELEVEMENT AUTOMATIQUE
2020-2021**

NOM et Prénom du responsable financier

ADRESSE

.....

NOM et Prénom des ENFANTS / Classe / Régime

.....

.....

.....

.....

☐ CONSERVENT le prélèvement automatique
Avec le même RIB que l'année 2019-2020

☐ DEMANDENT le prélèvement automatique pour la 1^{ère} fois – ou CHANGENT de RIB
Joindre un RIB et le Mandat SEPA

☐ ANNULENT le prélèvement automatique

Date et Signature du responsable financier :

N.B. : **ce prélèvement automatique est destiné à la facturation émanant de Notre-Dame Perrier,
à l'exclusion de tout autre établissement scolaire.**

(Ne pas oublier de joindre le formulaire de prélèvement automatique)

MANDAT de Prélèvement SEPA

Référence unique du mandat En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez OGEC DES RECOLLETS à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions de OGEC DES RECOLLETS sis à CHALONS EN CHAMPAGNE. 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 débit 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

Référence

Votre adresse:

Numéro et nom de la rue

Code postal

Ville

Pays

Coordonnées de votre compte

Numéro d'identification international du compte bancaire -

IBAN :

Code international d'identification de votre banque - BIC :

Créancier

Nom	OGEC DES RECOLLETS
Identifiant ICS	FR03ZZZ628128
Numéro et nom de la rue	64 bis rue Grande Etape
Code postal	51064
Ville	CHALONS EN CHAMPAGNE
Pays	FRANCE

Type de paiement :

Paiement récurrent / répétitif

Paiement ponctuel

Signé à _____ le :
(Lieu) :

Signature(s) Note : vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.