Vous avez décidé de payer la facture de la restauration scolaire et/ou accueil périscolaire de votre ou vos enfant(s) par prélèvement mensuel automatique via votre compte bancaire, prière de compléter l’autorisation de prélèvement ci-dessous

Autorisation de prélèvement

Joindre impérativement un RIB complet

Je soussigné(s) : Prénom NOM ………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………..

Adresse :…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Code postal – Ville : ………………………………………………………………………………………………..

Numéro de téléphone : ……………………………………………………………………………………………

Adresse E-mail : ……………………………………………………………………………………………………..

AUTORISE le Syndicat Intercommunal d’Intérêt Scolaire de Buhy, La Chapelle-en-Vexin et Montreuil-sur-Epte à effectuer un prélèvement mensuel automatique de mon compte bancaire, en vue du règlement périodique des factures de la restauration scolaire et/ou de l’accueil périscolaire de mon ou mes enfant(s) ci-après désigné(s) :

NOM et Prénom : -

 -

 -

 -

A ……………………………………………………. Le …………………………………………………..

Signature du ou des titulaire(s) du compte bancaire