

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

ANNÉE SCOLAIRE 2025-2026

Autorisation de prélèvement

Joindre impérativement un RIB complet

Je soussigné(s) : Prénom NOM

Né(e) le :

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