

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 2026-2027**

## 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