

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