



**DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SCOLARITE**  
(les frais de dossier ne sont pas remboursables)

**A RETOURNER, IMPERATIVEMENT,**  
**ACCOMPAGNEE D'UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE,**  
**AVANT LE 31 OCTOBRE\***

Demande déposée le : .....  
(réservé à l'administration)

**Elève**

Nom et prénom .....

Date de naissance .....

Inscrit en .....

Nom et prénom du Responsable .....

Adresse .....

CP - Ville .....

Tél ..... Email .....

**Motif de la demande**

Signature :

**Partie réservée à l'administration**

Année scolaire ..... / .....

Montant de la cotisation versée .....

Reçu n° .....

En date du .....

Montant de la cotisation à rembourser .....

Avis et visa du Directeur  
Michaël GAVAZZI

Accepté

Refusé

Visa de l'autorité  
Le Président Bruno CARRERE