



Conservatoire Maurice Ravel  
Pays Basque  
Iparraldeko Kontserbatorioa  
29, cours du Comte de Cabarrus  
64100 Bayonne  
Tél : 05 59 31 21 70  
Courriel : contact@cmdt-ravel.fr  
www.cmdt-ravel.fr

**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)*

<b>Elève</b>
<b>Nom et prénom</b> ..... <b>Date de naissance</b> ..... Inscrit en .....
<b>Nom et prénom du Responsable</b> ..... Adresse ..... CP - Ville ..... Tél ..... Email .....

<b>Motif de la demande</b>
Signature :

<b><u>Partie réservée à l'administration</u></b>		
Année scolaire .....		
Montant de la cotisation versée .....		
Reçu n° .....		
En date du .....		
<b>Montant de la cotisation à rembourser</b> .....		
<u>Avis et visa du Directeur</u> Michael GAVAZZI	<input type="checkbox"/> <b>Accepté</b>	<input type="checkbox"/> <b>Refusé</b>
<u>Visa de l'autorité</u> Le Président Antton CURUTCHARRY		

\*Aucune demande de remboursement ne sera traitée si elle n'est pas accompagnée d'un relevé d'identité bancaire.