



Paysage Commerce et C°

EPLEFPA

6 rue du Porhoët - 22230 MERDRIGNAC

Tel / 02 96 28 41 12 - Fax / 02 96 28 42 84

legta.merdrignac@educagri.fr



Il n'y a pas de meilleure compagnie que la nature

## ENGAGEMENT DE PAIEMENT DES FRAIS DE SCOLARITÉ

*(A remplir par les représentants, l'apprenant ou toute autre personne se portant garant du paiement de la pension et des frais divers)*

Nous soussigné :

RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2	AUTRE (élève, étudiant, famille d'accueil, services sociaux...)
NOM et Prénom : .....	NOM et Prénom : .....	NOM et Prénom : .....
Adresse complète : ..... .....	Adresse complète : ..... .....	Adresse complète : ..... .....
Lien de parenté avec l'apprenant: .....	Lien de parenté avec l'apprenant: .....	Lien de parenté avec l'apprenant : : .....
% de participation au paiement de la facture : <i>(rayer la mention inutile)</i> - En totalité (soit 100%) - En partie (indiquer obligatoirement le pourcentage) .....%	% de participation au paiement de la facture : : <i>(rayer la mention inutile)</i> - En totalité (soit 100%) - En partie (indiquer obligatoirement le pourcentage) .....%	% de participation au paiement de la facture : : <i>(rayer la mention inutile)</i> - En totalité (soit 100%) - En partie (indiquer obligatoirement le pourcentage) .....%
Profession : .....	Profession : .....	Profession : .....
Nom et adresse complète des employeurs éventuels ..... .....	Nom et adresse complète des employeurs éventuels ..... .....	Nom et adresse complète des employeurs éventuels ..... .....
N° de Sécurité Sociale : .....	N° de Sécurité Sociale : .....	N° de Sécurité Sociale : .....
N° MSA : .....	N° MSA : .....	N° MSA : .....
N° allocataire CAF : .....	N° allocataire CAF : .....	N° allocataire CAF : .....
Nom et adresse de la caisse qui verse les prestations : .....	Nom et adresse de la caisse qui verse les prestations : .....	Nom et adresse de la caisse qui verse les prestations : .....
Si retraité, indiquer la caisse de retraite : .....	Si retraité, indiquer la caisse de retraite : .....	Si retraité, indiquer la caisse de retraite : .....

Nous nous engageons à payer la totalité des frais selon la facture établie chaque trimestre de :

**Nom – Prénom de l'apprenant** : ..... en classe de : .....

Pendant la durée de sa scolarité, conformément au tarif en vigueur. Je paierai cette somme lorsqu'elle sera mise en recouvrement. A défaut de paiement, je reconnais m'exposer à ce que le recouvrement soit poursuivi, conformément à la réglementation en vigueur.

Si vous souhaitez payer par virement mensuel, veuillez vous référer à la fiche spécifique.

A ....., le .....

Signature du responsable 1,

Signature du responsable 2,

Signature,