LYCEE POLYVALENT JOSEPH ZOBEL
RIVIERE SALEE
Quartier Thoraille
97215 Rivière-Salée

ACADÉMIE
DE MARTINIQUE
Liberté
Égalité
Fraternité

Affaire suivie par :
M. Max MOUKIN
Intendance – SRH
Tel : 0596 68 25 09

mail : max.moukin@ac-martinique.fr

DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Je soussigné (e) .....

Parent de l'élève : .....

De la classe de : .....

Désire que le solde de la **demi-pension**

d'un montant de : .....(Réservé l'administration)

☐ Soit remboursé sur mon compte bancaire (joindre un RIB du parent, et une copie de sa pièce d'identité)

☐ Soit transféré sur le compte de son frère ou de sa sœur

Nom : .....

Prénom : .....

Fait à ....., le.....

Signature