ACADÉMIE
DE MARTINIQUE
Liberté
Égalité
Fraternité

Formulaire à déposer
IMPÉRATIVEMENT
au SERVICE INTENDANCE 3 MOIS MAXIMUM
APRES LE DÉPART DE L'ELEVE

LYCEE POLYVALENT LA JETEE
Rue Frantz Fanon
97240 LE FRANCOIS
Tél : 0596 543226

MONTANT DEMANDÉ = ...€

MONTANT ACCORDÉ = ...€

DEMANDE DE REMBOURSEMENT année scolaire ……

☐ **Remboursement demi-pension**

☐ **Remboursement internat**

NOM, **PRENOM, CLASSE de l'élève, N° de carte**

_____

NOM et **PRENOM** du représentant légal :

_____

Adresse :……
…….....
Numéro de portable/fixe

Portable /__/__/ /__/__/ /__/__/ /__/__/ /__/__/

Fixe /__/__/ /__/__/ /__/__/ /__/__/ /__/__/

Je souhaite le remboursement intégral du solde de mon enfant
(Attention : le solde sera remboursé après remise de la carte self)

Merci de coller le RIB du REPRÉSENTANT LÉGAL - (PAIE LES FRAIS SCOLAIRES) afin de procéder au remboursement. ⃠ **PAS DE RIB AU NOM DE l'ELEVE**

RIB A COLLER

Transfert du solde à l'élève :

NOM……. PRENOM……..N° DE CARTE……..

☐ **Cocher la case**

Fait le /__/__/__/__/__/__/__/__/

A

Signature du parent.