

Lycée Louise Michel

Agent Comptable

Dossier suivi par
Christophe Noyer
Téléphone
02 32 27 69 80
Fax
02 32 27 12 77
Mél.
agc.0270026g
@ac-rouen.fr

23 rue d'Eragny
BP 77
27140 GISORS

Demande de règlement fractionné⁽¹⁾

Demandeur :

Je soussigné, Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : _____

Sollicite un règlement fractionné des créances dues pour les élèves :

Nom : _____ Prénom : _____ Classe : _____

Demi-pensionnaire Interne

1^{er} trimestre 2^{ème} trimestre 3^{ème} trimestre

Nom : _____ Prénom : _____ Classe : _____

Demi-pensionnaire Interne

1^{er} trimestre 2^{ème} trimestre 3^{ème} trimestre

Nom : _____ Prénom : _____ Classe : _____

Demi-pensionnaire Interne

1^{er} trimestre 2^{ème} trimestre 3^{ème} trimestre

Somme totale due :

Nombre de fractions demandées :

Fait à _____, le __ / __ / 20__

Le demandeur

— —

⁽¹⁾ Toute demande de paiement fractionné doit être accompagnée d'un courrier justifiant la demande