

Informations importantes à nous préciser :

*-La rentrée aura lieu **le Lundi 2 Septembre 2019** :

Votre ou vos enfants utilisera / utiliseront-ils ce service dès ce jour là ? **OUI ou NON**

Si non, à partir du :

*-Et utiliseront-ils ce service **le Mercredi 4 Septembre 2019** ? **OUI ou NON**

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Prélèvement récurrent

Identité du payeur, Titulaire du compte :	
<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M. Nom	Prénom
Adresse	
Code postal Ville	Pays
Coordonnées bancaires - Désignation du compte à débiter	
BIC
IBAN

ARSB Désignation du Créancier : 7 RUE DES MARGELLES 85600 MONTAIGU VENDDE	En signant ce formulaire de Mandat de prélèvement SEPA, vous autorisez (A) - xxxxxx - à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'Audiens. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passé avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte. NB : Vos droits concernant le présent Mandat Prélèvement SEPA sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.
---	--

Fait à, le	Signature :
N'oubliez pas de signer et de joindre un RIB comportant les mentions BIC-IBAN.	

M. / Mme

- reconnaissent adhérer à l'ARSB : L'adhésion à l'ARSB pour l'année 2019/2020 est fixée à 10.00€ par famille. Ce montant sera prélevé sur votre première facture.

- autorisent n'autorisent pas l'ARSB à prendre leur enfant en photo (diffusion limitée aux activités de l'association et au bulletin municipal de la commune).

- reconnaissent avoir pris connaissance du règlement intérieur, et s'engagent à le faire respecter à leur(s) enfant(s).

Fait à Boufféré, le/...../.....

Signature du ou des représentants légaux, précédée de **la mention « Lu et approuvé »**