

Nom de(s) l'enfant(s) :

### Renseignement sur l'identité

Prénom : Nom de famille :

Adresse complète :

### Modalités de paiement

Inscrivez les renseignements demandés (parents)				Par l'administration		
Solde dû	Date du relevé de compte	Date du 1 <sup>er</sup> versement prévu	Versement mensuel proposé	Taux d'intérêts en vigueur	Montant des intérêts	Total du remboursement (incluant intérêts)

### Tableau des versements

#	Date	Montant	#	Date	Montant	#	Date	Montant
1			5			9		
2			6			10		
3			7			11		
4			8			12		

**Signature (payeur) \*\*\*** Je déclare que tous les renseignements écrits sont exacts et complets

Signature	Date	Téléphone #1	Téléphone #2

**Signature de la direction d'école, représentant(e) du CSSDGS**

Signature	Date

### Continuité des paiements mensuels

- Les prochaines factures mensuelles et les soldes reliés devront être acquittés dans le délai habituel de 30 jours.
- Cette entente de paiement devra également être maintenue tout au long des versements et indépendamment des prochaines factures mensuelles.

\*\*\* À défaut de respecter cette entente, votre (vos) enfant(s) ne pourra plus fréquenter le service de garde (SDG) ou la surveillance du midi (SDM), jusqu'à paiement complet des soldes.

Votre dossier sera acheminé au Service des Ressources Financières du CSSDGS pour fin de perception et de recouvrement.