

Demande de remboursement de solde de compte de restauration

LPO VAUVENARGUES

60 Bd Carnot

13625 Aix-en-Provence cedex 1

intendance.lpo.vauvenargues@ac-aix-marseille.fr

Nom de l'élève :

Prénom de l'élève :

Classe :

Demande à être remboursé(e) de son solde de compte de restauration

Nom et Prénom du titulaire du compte sur lequel le remboursement doit avoir lieu :

.....

RIB joint : oui

Date de la demande :

Signature du représentant légal de l'élève :

.....

Partie réservée à l'administration

Nom de l'élève :

Prénom de l'élève :

Solde du compte : à la date du

Fiche du compte jointe : oui

Accord de l'agent comptable pour le remboursement par ordre de paiement

Montant :

Date.....

Aurélien GUEY