

ENGAGEMENT FINANCIER 2025 – 2026

CONTRIBUTION FAMILIALE

Documents à rendre
complétés obligatoirement
le **mardi 2 septembre** à
l'enseignant(e) de votre
enfant

Nom de la famille : _____

Prénom et classe de chaque enfant :

- Votre mode de paiement :**
- Prélèvement mensuel (le 5 de chaque mois d'oct. à juillet)
- Prélèvement trimestriel (5 octobre, 5 janvier et 5 avril)
- Chèque annuel (5 octobre)

Veillez remplir et signer le mandat de prélèvement ci-joint.

Payeur

Nom et Prénom : _____



Si plusieurs payeurs : 1 engagement financier par payeur (compléter le document « parents séparés » en annexe 2).

Catégorie retenue pour la contribution obligatoire : *

Ce tarif ne comprend pas les voyages scolaires avec nuitées, la restauration (annexe 1 « mode de calcul » à compléter).

**Cocher la catégorie retenue*

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Inférieur à 5200 €	de 5 201 € à 8 340 €	de 8 341 € à 11 990 €	de 11 991 € à 16 580 €	Supérieur à 16 580 €

Toutes les familles s'inscrivant dans les catégories 1 à 4 devront avoir fourni lors de l'inscription leur **avis d'imposition 2025 sur les revenus 2024** pour validation du tarif choisi. Ces informations resteront strictement confidentielles. **A défaut, la catégorie 5 sera retenue.**

L'acompte versé lors de l'inscription ou de la réinscription de votre enfant sera déduit de la facture annuelle.

Votre facture sera disponible sur ECOLEDIRECTE fin septembre.

Fait à _____ le _____

Signature des parents,

Mode de Calcul

Trouver son quotient familial pour l'année 2025/2026

1. EVALUATION DU REVENU ANNUEL TOTAL

Revenu fiscal de référence du foyer
(avis d'imposition 2025 des revenus 2024)

 (A)

2. CALCUL DU COEFFICIENT DES CHARGES :

Points

Coefficient de base (2 points)

2

+ 1 point : si parent isolé
(case « T » avis imposition)

+ 1 point : pour chaque enfant à charge
(c'est-à-dire ne subvenant pas à ses besoins)

+ 1 point : pour un enfant en situation de handicap

TOTAL des points

 (B)

Divisez votre revenu annuel (A) par le coefficient obtenu (B) :

 (QF)

et reportez-vous au tableau pour trouver votre tranche de référence et donc votre contribution.

TRANCHES DE REFERENCE

1	2	3	4	5
Inférieur à 5200 €	de 5 201 € à 8 340 €	de 8 341 € à 11 990 €	de 11 991 € à 16 580 €	Supérieur à 16 580 €

CONTRIBUTION ANNUELLE

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
Ecole	1 272,00 €	1 615,00 €	1 701,00 €	1 787,00 €	1 873,00 €
Collège	1 330,90 €	1 689,90 €	1 778,90 €	1 868,90 €	1 958,90 €
LGT	1 334,90 €	1 694,90 €	1 784,90 €	1 874,90 €	1 964,90 €
LP	1 051,90 €	1 265,90 €	1 407,90 €	1 591,90 €	1 683,90 €

PARENTS SEPARES
REPARTITION CONTRIBUTION
Annexe à la convention de scolarisation

Année 2025-2026

Il est possible d'effectuer une répartition entre les parents, selon le pourcentage convenu entre eux.
En revanche **il n'est pas possible d'effectuer une répartition par nature (par exemple un seul parent paye la cantine, l'autre la scolarité).**
Le parent payeur aura sa propre facture, lui seul y aura accès.

NOM de l'enfant :	Prénom :	Niveau :
-------------------	----------	----------

Mère	
NOM :	
Prénom :	
Répartition demandée	<div style="border: 2px solid black; width: 150px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">%</div>
Date	Signature

Père	
NOM :	
Prénom :	
Répartition demandée	<div style="border: 2px solid black; width: 150px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">%</div>
Date	Signature

Nouvelles familles ou changement de RIB



MANDAT de Prélèvement SEPA

Référence Unique du Mandat

Nous vous rappelons que vous retrouverez votre référence de mandat (RUM) sur chacune des nos factures.

Mandat de
prélèvement
SEPA



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **A. F. S. LES CHATAIGNIERS** à envoyer des informations à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **A. F. S. LES CHATAIGNIERS**.
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.

Identifiant du créancier (ICS) : FR06ZZZ434753

Débiteur

Votre Nom

Votre
adresse

CP/Ville

France

Créancier

A. F. S. LES CHATAIGNIERS

11 bis avenue Jean Jaurès

78000 VERSAILLES

France

IBAN

<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>				
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	-------------------------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	--------------------------	----------------------

BIC

Paiement : Récurrent/répétitif Ponctuel

A

Le :

Signature :

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Veillez compléter tous les champs du mandat.



Merci de coller votre relevé d'identité bancaire RIB