

Les tarifs 2023/2024



Ecole
Alix Providence



Ecole St François
de Sales



Collège St François
de Sales



Lycée
Notre Dame

FRAIS ADMINISTRATIFS

Première inscription dans le groupe

60,00 €

60,00 €

120,00 €

120,00 €

Réinscription dans le groupe

45,00 €

45,00 €

45,00 €

45,00 €

CONTRIBUTION DES FAMILLES

(par an et par enfant)

Frais de scolarité

638,28 €

638,28 €

835,92 €

945,00 €

Cotisations de tutelles (*)

(en cas de départ ou d'arrivée en cours d'année, les cotisations de tutelles sont dues en totalité)

(*) sous réserve de modification des tutelles

92,39 €

92,39 €

98,30 €

104,30 €

Internat (pension complète)

4.168,00 €

Réduction

Une réduction, sur la scolarité seulement, est accordée aux parents si plusieurs de leurs enfants fréquentent :

Le groupe COLYSE

ou l'Enseignement Catholique

Pour 3 enfants, 30 % de remise sur la scolarité

Pour 3 enfants, 15 % de remise sur la scolarité

Pour 4 enfants, 40 % de remise sur la scolarité

Pour 4 enfants, 20 % de remise sur la scolarité

Modalités de paiement

Il est demandé aux familles d'opter pour le prélèvement automatique mensuel.

Les prélèvements se font sur 10 mois, d'octobre à juillet, le 5 de chaque mois.

Attention, en cas de rejet du prélèvement, les frais bancaires peuvent être facturés aux familles au tarif en vigueur.

RESTAURANT SCOLAIRE et GARDERIE

Prix d'un repas complet

7,04 €

7,04 €

7,31 €

7,31 €

Prix de 3/4 d'heure de garderie

1,89 €

1,89 €

Seuls les repas effectivement consommés sont facturés.

Pour approvisionner périodiquement le compte restauration et le compte garderie,
le prélèvement automatique est OBLIGATOIRE.

Les prélèvements automatiques seront effectués du 5 octobre 2023 au 5 juillet 2024 .

Le prix du repas complet (entrée, plat principal, fromage, dessert) comprend la restauration et les frais engagés par l'établissement.

Les enfants des écoles élémentaires peuvent apporter un panier repas; ce panier repas est facturé 3,89 €. Ce tarif correspond aux frais engagés par l'établissement.

DEMANDE DE PRELEVEMENT AUTOMATIQUE

Mandat de Prélèvement SEPA

Référence Unique de Mandat

NOM Prénom(s) de(s) l'élève(s) :

À compléter par l'administration

Mandat de
prélèvement
SEPA



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez COLYSE OGEC à envoyer des informations à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de COLYSE OGEC.

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.

Débiteur

Nom et Prénom _____

Adresse _____

CP/VILLE _____

France

Identifiant du créancier (ICS) : FR28ZZZ006587

Créancier

COLYSE OGEC

95 RUE DE TALANT

B.P. 564

21015 DIJON

France



IBAN

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

A nous retourner dûment complété