



Etablissement Claude François Poullart des Places
Ecole maternelle et primaire
95 avenue de la paix
94310 ORLY
Tél. 01 48 84 59 47
Courriel : ecole.poullart.stesprit@apprentis-auteuil.org

Fiche famille

Responsable principal

Lien avec l'enfant : ☐ Mère / ☐ Père / ☐ Autre (merci de préciser)

Civilité : ☐ M / ☐ M. et Mme / ☐ M. ou Mme / ☐ Mme

Nom :

Prénom :

Nom de naissance :

Téléphone portable :

Téléphone bureau :

Email personnel :

Email Bureau :

Catégorie socioprofessionnelle (voir liste) :

Profession :

Société :

Coordonnées

Adresse 1 :

Adresse 2 :

Adresse 3 :

Code postal : Ville :

Commune :

Téléphone domicile :

Situation familiale : ☐ Célibataire / ☐ Divorcé(e) / ☐ Inconnue / ☐ Marié(e) / ☐ Pacsé(e) / ☐ Remarié(e)

☐ Séparé(e) / ☐ Veuf(ve) / ☐ Vie maritale

Enfant du 2nd degré : à charge

Par quel moyen vous nous avez connus ? :

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant

Certifie exact les renseignements mentionnés ci-dessus.

Fait à....., le

Signature :



Etablissement Claude François Poullart des Places
Ecole maternelle et primaire
95 avenue de la paix
94310 ORLY
Tél. 01 48 84 59 47
Courriel : ecole.poullart.stesprit@apprentis-auteuil.org

Conjoint

Lien avec l'enfant : ☐ Mère / ☐ Père / ☐ Autre (merci de préciser)

Civilité : ☐ M / ☐ M. et Mme / ☐ M. ou Mme / ☐ Mme

Nom :

Prénom :

Nom de naissance :

Téléphone portable :

Téléphone bureau :

Email personnel :

Email Bureau :

Adresse postale si différente du représentant légale :
.....

Catégorie socioprofessionnelle (voir liste) :

Profession :

Société :

Banque pour le prélèvements automatiques

IBAN :

Code B.I.C :

Domiciliation :

Tiré (si différent) :

Facturation

Mode de règlement : ☐ Chèque ☐ Prélèvement ☐ virement ☐ Autre :

Jour de l'échéance : 05 du mois

☐ Je m'engage à payer la contribution scolaire

Quotient familial à remplir par l'établissement

Quotient familial :

Joindre le dernier avis d'imposition pour le calcul du quotient.

Quotient familial = $\frac{\text{revenu annuel global de la famille}}{2 + \text{nombre d'enfants à charge}}$

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant

Certifie exact les renseignements mentionnés ci-dessus.

Fait à....., le

Signature :



Etablissement Claude François Poullart des Places
Ecole maternelle et primaire
95 avenue de la paix
94310 ORLY
Tél. 01 48 84 59 47
Courriel : ecole.poullart.stesprit@apprentis-auteuil.org

Les Professions et Catégories Socioprofessionnelles

Code	P.C.S
10	AGRICULTEUR EXPLOITANT
21	ARTISAN
22	COMMERCANT ET ASSIMILE
23	CHEF ENTREPRISE DE DIX SALARIES OU PLUS
31	PROFESSION LIBERALE
33	CADRE DE LA FONCTION PUBLIQUE
34	PROFESSEUR ET ASSIMILE
35	PROFESSION INFORMATION, ARTS, SPECTACLE
37	CADRE ADMINIS. ET COMMERC.D'ENTREPRISE
38	INGENIEUR - CADRE TECHN. D'ENTREPRISE
42	INSTITUTEUR ET ASSIMILE
43	PROFESSION INTERM. SANTE-TRAVAIL SOCIAL
44	CLERGE, RELIGIEUX
45	PROFESSION INTERM. ADM. FONCT. PUBL.
46	PROFESSION INTERM. ADM.-COMMERCE ENTR.
47	TECHNICIEN
48	CONTREMAITRE, AGENT DE MAITRISE
52	EMPL.CIVIL - AGENT SERVICE FONCT. PUBL.
53	POLICIER ET MILITAIRE
54	EMPLOYE ADMINISTRATIF D'ENTREPRISE
55	EMPLOYE DE COMMERCE
56	PERSON. SERVICE DIRECT AUX PARTICULIERS
61	OUVRIER QUALIFIE
66	OUVRIER NON QUALIFIE
69	OUVRIER AGRICOLE
71	RETRAITE AGRICULTEUR EXPLOITANT
72	RETRAITE ARTISAN, COMMERC.CHEF ENTREP.
73	RETRAITE CADRE, PROFES.INTERMEDIAIRE
76	RETRAITE EMPLOYE ET OUVRIER
81	CHOMEUR N'AYANT JAMAIS TRAVAILLE
82	PERSONNE SANS ACTIVITE PROFESSIONNELLE
99	NON RENSEIGNEE (INCONNUE OU SANS OBJET)

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant
Certifie exact les renseignements mentionnés ci-dessus.
Fait à....., le Signature :



Etablissement Claude François Poullart des Places
Ecole maternelle et primaire
95 avenue de la paix
94310 ORLY
Tél. 01 48 84 59 47
Courriel : ecole.poullart.stesprit@apprentis-auteuil.org

MANDAT DE PRÉLEVEMENT

Année scolaire 2024 2025

Veuillez compléter les champs marqués *

TITULAIRE DU COMPTE

Votre Nom *

Nom / Prénoms du débiteur

Votre adresse *

Numéro et nom de la rue

Code Postal Ville

Pays

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

Les coordonnées de
votre compte *

Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)

Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier Code)

DESIGNATION DU CREANCIER

Nom du créancier

FONDATION D'AUTEUIL - Ecole Poullart des places »

I. C. S

F R 6 5 Z Z Z 0 0 7 9 5 8

Identifiant Créancier SEPA

Adresse du
créancier

4 avenue Anatole France
94600 CHOISY LE ROI

FRANCE

Type de paiement

Paiement récurrent / répétitif ☒

Paiement ponctuel ☐

J J M M A A A

Lieu..... date

Signature du titulaire

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Fondation d'Auteuil à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Fondation d'Auteuil.
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.

Partie réservée au Centre Financier

REFERENCE UNIQUE DE MANDAT

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévu aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés en écrivant à la Fondation d'Auteuil

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant

Certifie exact les renseignements mentionnés ci-dessus.

Fait à....., le

Signature :