



Séminaire de Floreffe INTERNAT

FORMULAIRE DE REINSCRIPTION 2024-2025

JE SOUSSIGNE

NOM :	PRENOM
ADRESSE :	
CP :	LOCALITE :
TELEPHONE :	GSM :
COURRIEL:	

Responsable de

NOM :	PRENOM
DATE DE NAISSANCE : □□/□□/□□	

Souhaite

☐ Réinscrire

☐ Ne pas réinscrire

Son enfant à l'internat de Floreffe pour l'année académique 2023-2024 en année.

Déclare avoir pris connaissance du montant de la pension exigée qui s'élève à 3300 € pour l'année.

En conséquence, je m'engage à payer avant le cinq de chaque mois concerné, le montant dû pour la pension sur le compte bancaire **IBAN : BE77 2500 0050 0142** du Séminaire de Floreffe

Communication : « Nom et prénom de l'élève »

Je choisis la formule de paiement suivant :

- ☐ Paiement annuel unique : 3300 € au moment de l'inscription ou au plus tard le 5 septembre.
- ☐ Paiement trimestriel : 1320 € à payer le 5 septembre, 1320 € le 5 janvier et 330 € le 5 avril
- ☐ Paiement mensuel : 330 € à payer le 5 de chaque mois

Désidératas particulier :

.....

Fait à

Le.....

Signature des parents