



REGISTRATION PACK 2017/18

Family Name	
Family Address	
E-mail Address	

	First Name	Nationality	Mother tongue	Home phone no.	Work & mobile phone nos.
Father					
Mother					

Child's Name	Date of Birth	Nationality	Name of French school attended	Class in French school	Other relevant English language information including Special Educational Needs

Please list the names of people who are authorised to collect your child/children from APARC	Name	Position e.g. Au-pair, friend



CONFIDENTIAL INFORMATION

MEDICAL HISTORY – Please complete the section below for each child if there are any long-term medical problems, allergies or needs.

Child's Name	Relevant Medical/Allergy or other important Information for our records	Other helpful information for teaching purposes
1.		
2.		
3.		

PERSONS TO BE CONTACTED IN CASE OF AN EMERGENCY

Name	Address	Phone

In case the above-named cannot be contacted, in the event of an emergency, I authorise / do not authorise* the teacher to take the steps he/she considers necessary. *Please delete accordingly

SIGNATURE: _____ DATE: _____

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat : prélèvement pour des cours d'anglais organisés par l'Association des Parents Anglophones de la Région de Chantilly

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez L'ASSOCIATION DES PARENTS ANGLOPHONES DE LA REGION DE CHANTILLY à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de L'ASSOCIATION DES PARENTS ANGLOPHONES DE LA REGION DE CHANTILLY.
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :
- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

FR 85 ZZZ 509088

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom, prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

DESIGNATION DU CREANCIER

Nom : ASSOCIATION DES PARENTS ANGLOPHONES DE LA REGION DE CHANTILLY

Adresse : 20 AVENUE REBERTEAU

Code postal : 60260

Ville : LAMORLAYE

Pays : FRANCE

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

F R | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

| | | | | | | | (| | |)

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif

Paiement ponctuel

Signé à CHANTILLY

Le / /20__

Signature :

DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME ET LE CAS ECHEANT) :

Nom du tiers débiteur :

JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (au format IBAN BIC)

Rappel :

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par L'ASSOCIATION DES PARENTS ANGLOPHONES DE LA REGION DE CHANTILLY. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec L'ASSOCIATION DES PARENTS ANGLOPHONES DE LA REGION DE CHANTILLY.

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'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.