

|  |  |
| --- | --- |
| **ACTE D’ENGAGEMENT FINANCIER**  **Promotion 2024 - 2027**  **1ére année en soins infirmiers** | |
|  |

Je soussigné(e) :

Nom Prénoms :

Nom Marital… :

Prénom(s)… :

Date de naissance… :

Lieu de naissance… :

Adresse… :

:

Téléphone… :

**Certifie avoir pris connaissance du montant des frais de scolarité de l’année universitaire 2024 – 2025** **et m’engage à les régler de la façon suivante**(cocher devant le mode de règlement et calendrier retenus) **:**

🞏 Par chèque bancaire ou postal **(à l’ordre de Santelys)**

🞏 Par prélèvement **(autorisation de prélèvement, ci-jointe en annexe, à compléter)**

🞏 Règlements trimestriels\*

🞏 Règlements mensuels\*

*(\*merci de fournir l’ensemble des chèques pour l’année)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FRAIS DE SCOLARITE** | Coût de la formation … 6750€ Participation de la Région…. -5000€  Déduction de l’acompte réglé à la rentrée …. -250€  **Frais à votre charge… 1500€** | **Dates de**  **règlements** |
|  | **(10 mois de formation)** |  |
| Règlements trimestriels   * 1er règlement * 2e règlement * 3e règlement | 500 €  500 €  500 € | 15/10/24  15/01/25  15/05/25 |
| Règlements mensuels   * 1er règlement * 2e règlement * 3e règlement * 4e règlement * 5e règlement * 6e règlement * 7e règlement * 8e règlement | 187.50 €  187.50 €  187.50 €  187.50 €  187.50 €  187.50 €  187.50 €  187.50 € | 15/10/24  15/11/24  15/12/24  15/01/25  15/02/25  15/03/25  15/04/25  15/05/25 |

**En cas de départ anticipé de ma part, je m’engage à régler, dans leur intégralité, les frais de scolarité.**

**En cas d’interruption de formation de plus d’un an, le coût réel de la formation de 6750 € sera à votre charge (plus de participation de la Région)**

Fait à…………………………… le………………………….

**Signatures : Etudiant(e) : Parents :**

**ANNEXE**

****