

|  |
| --- |
| **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 € | 15/10/2415/01/2515/05/25 |
| 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 € | 15/10/2415/11/2415/12/2415/01/2515/02/2515/03/2515/04/2515/05/25 |

**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**

****