



**TRANSPORT SCOLAIRE
FORMULAIRE
PAIEMENT COMPTANT
PAR CHÈQUE
PAR CARTE DE DÉBIT
Année scolaire 2016-2017**

No reçu _____

COMPLÉTER LE FORMULAIRE ET LE FAIRE PARVENIR À L'ADRESSE SUIVANTE : (Veuillez écrire en lettres majuscules)

COMMISSION SCOLAIRE DE LA JONQUIÈRE
SERVICE DU TRANSPORT SCOLAIRE
3644, RUE SAINT-JULES, C.P. 1600
JONQUIÈRE (QUÉBEC) G7X 7X4

Renseignements personnels du signataire :

Nom : _____

Numéro Rue App. Ville Code postal

Nom de l'élève _____ École _____

Nom de l'élève _____ École _____

Nom de l'élève _____ École _____

Nom de l'élève _____ École _____

Émettre le chèque à l'ordre de : Commission scolaire De La Jonquière

NOMBRE D'ENFANTS UTILISANT LE TRANSPORT DU MIDI DANS LA MÊME FAMILLE

1 2 3 4 5 6

COÛT POUR LE TRANSPORT DU MIDI

(400 mètres **et plus** préscolaire 5 ans, 1,6 km **et plus**, primaire et secondaire) 1 enfant 198 \$

(400 mètres **et plus** préscolaire 5 ans, 1,6 km **et plus**, primaire et secondaire) 2 enfants et plus 239 \$

Garde partagée ou 2e adresse sur demande **50 \$ par famille**

PLACES DISPONIBLES

(Moins de 400 mètres préscolaire 5 ans, moins de 1,6 km, prim. et second.) **Par enfant** 270 \$

(Moins de 400 mètres préscolaire 5 ans, moins de 1,6 km, prim. et second.) **Par famille** 364 \$

Garde partagée ou 2e adresse sur demande **50 \$ par famille**

VERSO

Titulaire(s) et coordonnées du compte

Nom et prénom du (des) titulaire(s)			N° de téléphone
Adresse (rue, ville, province)			Code postal
Nom de l'institution financière où est détenu le compte	N° de l'institution	N° de transit	N° de compte (avec chiffre vérificateur)

Organisme bénéficiaire – Information de contact

Nom de l'organisme COMMISSION SCOLAIRE DE LA JONQUIÈRE	A/S : Service du transport : transport@csjonquiere.qc.ca		
Adresse (rue, ville, province) 3644, rue Saint-Jules C.P. 1600 / Jonquière (Québec)	Code postal G7X-7X4	Téléphone (418) 542-7551 poste 4269	

Autorisation de retrait

Je, soussigné(e), autorise l'organisme bénéficiaire à effectuer des débits préautorisés (DPA) dans mon compte à l'institution financière désignée ci-dessus, à la fréquence suivante :

Nombre d'enfants utilisant le transport du midi dans la même famille

1 2 3 4 5 6

Nombre de paiements préautorisés

1 2 3 4 5 6 7 8

Les paiements seront échelonnés entre le 1^{er} octobre et le 1^{er} mai par retraits mensuels consécutifs. La date du prélèvement sera toujours le 1^{er} jour ouvrable de chaque mois.

Le tout constituant un DPA personnel/particulier d'entreprise

Nom de l'enfant	École	Montant à payer

Joindre une annexe au besoin

TOTAL :

Renonciation :

En signant ce document, je reconnais avoir pris une copie, au besoin, et je renonce à toute autre confirmation avant le premier paiement.

Changement ou annulation :

J'informerai l'organisme bénéficiaire, dans un délai raisonnable, de tout changement aux présentes.

Je peux révoquer mon autorisation à tout moment, sur signification d'un préavis de 30 jours (maximum de 30 jours civils). Pour obtenir un spécimen de formulaire d'annulation ou pour plus d'information sur mon droit d'annuler un Accord de DPA, je peux communiquer avec mon institution financière ou consulter le site de l'Association canadienne des paiements à l'adresse www.cdnpay.ca. Je dégage l'institution financière de toute responsabilité si la révocation n'était pas respectée, à moins qu'il ne s'agisse d'une négligence grave de sa part.

Je conviens que l'institution financière où j'ai mon compte n'est pas tenue de vérifier que le paiement est prélevé conformément à mon autorisation. J'atteste, de plus, que toutes les personnes dont les signatures sont nécessaires pour le fonctionnement du compte identifié ci-dessus ont signé la présente autorisation.

Je reconnais que le fait de remettre la présente autorisation à l'organisme bénéficiaire équivaut à la remettre à l'institution financière indiquée ci-dessus.

Remboursement

J'ai certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent Accord. Par exemple, j'ai le droit de recevoir le remboursement de tout DPA qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent Accord de DPA. Pour obtenir plus d'information sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter www.cdnpay.ca.

L'institution financière me remboursera, au nom de l'organisme, les montants retirés par erreur dans les 90 jours civils du retrait pour un DPA **personnel** et dans les 10 jours ouvrables du retrait pour un DPA **d'entreprise**, dans la mesure où le remboursement est demandé pour une raison admissible.

Je comprends que je devrai faire une demande à cet effet à mon institution financière selon la procédure qu'elle me fournira.

Enfin, je reconnais qu'une demande de remboursement produite après les délais indiqués précédemment devra être réglée entre l'organisme et moi, sans responsabilité ni engagement de la part de l'institution financière.

Consentement à la communication de renseignements

Je consens à ce que les renseignements contenus dans ma demande d'adhésion au débit préautorisé soient communiqués à l'institution financière, dans la mesure où cette communication de renseignements est directement reliée et nécessaire à la bonne mise en œuvre des règles applicables en matière de débits préautorisés.

Signature du ou des titulaires

_____	_____
Signature du titulaire du compte	Date (jj/mm/aaaa)
_____	_____
Signature du second titulaire (s'il s'agit d'un pour lequel deux signatures sont requises)	Date (jj/mm/aaaa)

IMPORTANT : Joindre un chèque personnel portant la mention « ANNULÉ » pour éviter toute erreur de transcription. Si vous changez de compte ou d'institution financière, veuillez en aviser l'organisme bénéficiaire.