



FEUILLE DE REMBOURSEMENT

Case réservée à la comptabilité :

Remboursé le : / ... / 20.....

Comptabilisé le : / ... / 20.....

A TRANSMETTRE A :

Josette Warzée
L'ECOLE ESCALE,
Place Albert 1er, 1
1300 Limal

Tel : 010/411.054

Le (La) soussigné(e)..... certifie
avoir engagé des frais pour le compte de L'Ecole Escale
et ce pour la somme de..... €.

Détail des frais :

M = Maternel	P = Primaire	S = Secondaire			
W = CNWL	SP = St-Pierre	PA = Parhélie	RA = La Ramée	GR = Grandir	ES = Limal
L8 = St-Luc 8ème	LH = St-Luc hôm de jour	LK = St-Luc Kapp	LE = L'Entretien	LC = CThA	L2 = L'Entre [2]

	Objet	Prix (€)	Niveau	Lieu	Lieu
1	M P S	W RA Sp GR PA ES	L8 LE LH LC LK L2
2	M P S	W RA Sp GR PA ES	L8 LE LH LC LK L2
3	M P S	W RA Sp GR PA ES	L8 LE LH LC LK L2
4	M P S	W RA Sp GR PA ES	L8 LE LH LC LK L2
5	M P S	W RA Sp GR PA ES	L8 LE LH LC LK L2
6	M P S	W RA Sp GR PA ES	L8 LE LH LC LK L2
7	M P S	W RA Sp GR PA ES	L8 LE LH LC LK L2

N° du compte bancaire : Date et signature :

N'oubliez pas de joindre les factures originales, s.v.p.

Siège social et bâtiment principal :

L'Ecole Escale - Centre Neurologique William Lennox - Allée de Clerlande, 6 à B-1340 OTTIGNIES Tél : */32/10/43.02.97