



FEUILLE DE REMBOURSEMENT

Case réservée à la comptabilité :

Remboursé le : / / 20.....

Comptabilisé le : / / 20.....

A TRANSMETTRE A :

Luc ADAM,
L'ECOLE ESCALE,
Cliniques Universitaires St-Luc
Av. Hippocrate, 10, Boîte 8510
1200 Bruxelles

N'oubliez pas de cocher les cases correspondant à votre demande de remboursement. Merci !

CNWL **ST-LUC** **ST-PIERRE** **LA RAMEE** **PARHELIE** **GRANDIR**

Tel : 02 / 764.47.97
Fax : 02 / 764.89.15

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

Détail des frais :

M = Maternelle P = Primaire S = Secondaire
W = CNWL SP = St-Pierre PA = Parhélie RA = La Ramée GR = Grandir L2 = L'Entre-deux
LC = CThA LE = L'Entretien L8 = St-Luc 8^{ème} LK = St-Luc KAPP LH = St-Luc Hôp jour Héмато

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

N° du compte bancaire : - -

Date et signature :

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