



VILLE DE
LA SALVETAT SAINT-GILLES

COMPTE S.A.B.I.N.E

Demande de clôture

N° Compte :

NOM et Prénom du titulaire du compte :

Adresse :

Badges attachés à ce compte

Nom/ Prénom des usagers	N° Badge	Date de Restitution

Déclare ne plus vouloir bénéficier des prestations de la Restaurant Scolaire et demande le remboursement du solde du compte à savoir la somme de.....€.

Je remets également ci-joint un Relevé d'Identité Bancaire.

La Salvetat Saint-Gilles,

Le

Bon Pour Accord
du Service Restauration

Signature de la famille