COLLÈGE DU LÉMAN
École Internationale — International School

# Demande de Remboursement / Refund Request

## RENSEIGNEMENT SUR L'ELEVE / STUDENT INFORMATION

Nom et Prénom de l'élève
Student's Name

Date de Naissance
Date of Birth D D / M M / Y Y Y Y

N° de l'élève
Student Number C

Veuillez retourner les informations ci-dessous , dès que possible par fax +41 (0) 22 775 55 59, courriel accounting@cdl.ch ou courrier **Collège du Léman Sàrl -** *Demande de remboursement* - 74 Route de Sauverny, 1290 Versoix-Genève (Suisse).
Please return the following information, as soon as possible via fax +41 (0) 22 775 55 59, e-mail accounting@cdl.ch or regular mail **Collège du Léman Sàrl -** *Refund Request* - 74 Route de Sauverny, 1290 Versoix-Geneva (Switzerland).

## COORDONNEES BANCAIRES / BANK DETAILS

Montant
Ammount CHF

Nom du titulaire du compte*
Account holder name*

Adresse du titulaire du compte*
Account holder address*

Nom de la banque*
Bank Name*

Adresse de la banque*
Bank Address*

Numéro de compte*
Account Number*

Numéro IBAN
IBAN

Code SWIFT / BIC*
SWIFT/ BIC Code*

Autre Identifiant Bancaire
Other Bank Identifier

* Champs obligatoire pour un paiement à l'étranger
* Required fields for payments abroad

**IMPORTANT:**
Les frais occasionnés par un retour de fonds dû à des coordonnées bancaires incomplètes ou erronées seront déduits du montant à rembourser
Expenses incurred by a return of funds due to incomplete or inaccurate bank details will be deduced from the amount to reimburse

Date
Date D D / M M / Y Y Y Y

Nom du
Responsable Légal
Legal Guardian's Name

Signature du
Responsable Légal
Legal Guardian's
Signature

**Collège du Léman Sàrl**
*REFUND REQUEST*
Route de Sauverny 74
Case postale 156
CH-1290 Versoix

USAGE INTERNE / INTERNAL USE

| | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ FACILITY | ☐ FINANCE | ☐ DIRECTION | ☐ ACADEMIA |
| ☐ NAVISION | ☐ BOARDING | ☐ RECORDS | ☐ PAID |