



Les papilles en folie

IDENTIFICATION

École fréquentée	_____
Nom(s) de(s) l'enfant(s):	_____ _____ _____
Niveau scolaire:	_____
Nom du parent ou tuteur:	_____
Numéro de téléphone:	_____
Courriel:	_____

DÉTAILS DU CONTRAT

- * Le coût du contrat est de 1180\$ pour un enfant.
 - * Rabais de 25\$ pour un 2e enfant de même famille. 50 \$ pour le 3e, 75\$ pour le 4e...
 - * Ce forfait comprend les repas complets (soupe, repas principal, dessert, breuvage) pour tous les les jours d'école. Il inclut les dîners spéciaux ainsi que des lunchs lors des sorties scolaires.
- * Ce contrat ne peut être annulé.**

TYPE DE PAIEMENT

***Indiquez dans la section message du virement: ANNUEL ainsi que le nom de l'enfant**

Virement interac	☐	à l'adresse suivante: mel.boivinpapillesenfolie@gmail.com
Chèque	☐	Indiquez les numéros: _____
Comptant	☐	
Nombre de versements:	_____	(Maximum 10 versements payable le 1er du mois)

Je comprends et m'engage à respecter les conditions de ce contrat pour l'année 2025/2026

Signature: _____ Date: _____