Alliance Française
Bruxelles-Europe
Centre Européen de Langue Française

Date _____
Contact info@alliancefr.be
T 02/788 21 60

Remboursement / *Refund request*

La requête doit être faite maximum 14 jours suivant la date du reçu / The request must be made a maximum of 14 days from the date of receipt.

Nom, prénom / *Last name, first name:*

Adresse / *Address*:

Téléphone / *Phone*: +

Email:

Dates : De / *from* _____ à / *to* _____

Montant / Amount **€**

Numéro de compte / Bank account number

IBAN*

BIC

** Pour tout remboursement sur un compte hors UE, les frais bancaires appliqués seront à charge du client / For any refund to an account outside the EU, the bank charges applied will be charged to the customer.*

⚠ **Tout changement de cours entraîne** / *Any postponing causes:*
le paiement de frais administratifs d'une valeur de 50 € par demande.
the payment of an administrative fee of 50 € per request.

Paiement / *Payment* **50 €:** ☐ Yes ☐ No

Raison /*Reasons :*

☐ Non-obtainment of visa

☐ Other:.....

.....

Date : _____

Signature (étudiant / *student*) :

_____

Administration :
Date: _____

Accord : ☐ Oui ☐ Non