



MOIS

.....

ÉCOLE ELEMENTAIRE
RESTAURATION
SCOLAIRE

Nom de l'élève : Prénom :
Nom du professeur : Classe :

SEMAINE	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI	TOTAL REPAS
N°					
N°					
N°					
N°					

Cocher les cases correspondantes aux jours de fréquentation pour le mois
Service restauration scolaire – 3 rue Pierre Guérin - tel : 04.66.74.61.82

SIGNATURE PARENTS



MOIS

.....

ÉCOLE ELEMENTAIRE
RESTAURATION
SCOLAIRE

Nom de l'élève : Prénom :
Nom du professeur : Classe :

SEMAINE	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI	TOTAL REPAS
N°					
N°					
N°					
N°					

Cocher les cases correspondantes aux jours de fréquentation pour le mois
Service restauration scolaire – 3 rue Pierre Guérin - tel : 04.66.74.61.82

SIGNATURE PARENTS