**RESTAURANT SCOLAIRE**

NOM  de l’enfant: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom du responsable :

Adresse :

Téléphone : Mail :

Je complète pour le mois entier.

Je complète pour une semaine.

**RAPPEL :**

* **En cas d’absence de votre enfant, prévenir avant 9h00 (les 2 premiers jours seront comptés)**
* **Toute réservation doit être faite avant 9 h et 48 h avant la date choisie.**

Mois de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mettre une croix dans la case si votre enfant mange ce jour-là.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lundi** | **Mardi** | Mercredi | **Jeudi** | **Vendredi** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Mairie de VALLENAY** ● tél : 02 48 63 62 74 ●mail : mairie.vallenay@wanadoo.fr