



RESTAURANT SCOLAIRE

NOM de l'enfant : _____ Prénom : _____

Classe

Nom du responsable :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Je complète pour l'année

Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	Tous les jours

Je complète pour le mois entier (Document joint)

Je complète pour une semaine. (Document joint)

RAPPEL :

- En cas d'absence de votre enfant, prévenir **avant 09h00** (les 2 premiers jours seront comptés)
- Toute réservation doit être faite avant 09h00 et 48 h avant la date choisie.
- Inscription avant le **12 août 2022**

Date

Signature