



MOIS
.....

ÉCOLE MATERNELLE
RESTAURATION SCOLAIRE

NOM DE L'ÉLÈVE : PRENOM :

NOM DU PROFESSEUR : CLASSE :

SEMAINES	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI	TOTAL DE REPAS
N°					
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 des parents



MOIS
.....

ÉCOLE MATERNELLE
RESTAURATION SCOLAIRE

NOM DE L'ÉLÈVE : PRENOM :

NOM DU PROFESSEUR : CLASSE :

SEMAINES	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI	TOTAL DE REPAS
N°					
N°					
N°					
N°					
N°				

Cocher les cases correspondantes aux jours de fréquentation POUR LE MOIS

Signature des parents