



MOIS

.....

**ÉCOLE MATERNELLE
RESTAURATION
SCOLAIRE**

Nom de l'élève : Prénom :

Nom du professeur : Classe

SEMAINE	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI	TOTAL REPAS
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