



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



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