



MOIS  
.....

ÉCOLE MATERNELLE  
RESTAURATION

Nom de l'élève : .....Prénom : .....

Nom du professeur : .....Classe : .....

SEMAINES	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI	TOTAL REPAS
N°					

Cocher les cases correspondantes aux jours de fréquentation pour l'année  
Service **restauration scolaire** – 3 rue Pierre Guérin - tel : 04.66.74.61.82

SIGNATURE PARENTS



MOIS  
.....

ÉCOLE MATERNELLE  
RESTAURATION

Nom de l'élève : .....Prénom : .....

Nom du professeur : .....Classe : .....

SEMAINES	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI	TOTAL REPAS
N°					

SIGNATURE PARENTS

Cocher les cases correspondantes aux jours de fréquentation pour l'année  
Service **restauration scolaire** – 3 rue Pierre Guérin - tel : 04.66.74.61.82

