

ECOLE _____

RESERVATION AU RESTAURANT SCOLAIRE

SEMAINE DU _____

CLASSE : _____

NOM Prénom de l'élève	Lundi :	Mardi :	Jeudi :	Vendredi :

(faire une croix pour les jours réservés)

A RENDRE **OBLIGATOIREMENT** LE JEUDI POUR RESERVATION LA SEMAINE SUIVANTE

Rappel : Tous les repas réservés seront facturés

Le _____

(signature des parents)

ECOLE _____

RESERVATION AU RESTAURANT SCOLAIRE

SEMAINE DU _____

CLASSE : _____

NOM Prénom de l'élève	Lundi :	Mardi :	Jeudi :	Vendredi :

(faire une croix pour les jours réservés)

A RENDRE **OBLIGATOIREMENT** LE JEUDI POUR RESERVATION LA SEMAINE SUIVANTE

Rappel : Tous les repas réservés seront facturés

Le _____

(signature des parents)