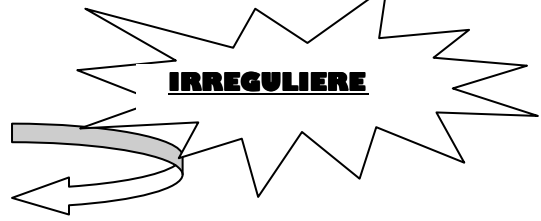


RESTAURATION SCOLAIRE Tél 02 41 54 98 99



FEUILLE MENSUELLE D'INSCRIPTION

MOIS DE :



A Déposer en Mairie au plus tard le 15 du mois précédent

NOM :Prénom :Classe :Ecole.....

| Jour semaine | Jour du mois | Si Présent à cocher |
|--------------|--------------|---------------------|
| | 1er | |
| | 2 | |
| | 3 | |
| | 4 | |
| | 5 | |
| | 6 | |
| | 7 | |
| | 8 | |
| | 9 | |
| | 10 | |
| | 11 | |
| | 12 | |
| | 13 | |
| | 14 | |
| | 15 | |
| | 16 | |
| | 17 | |
| | 18 | |
| | 19 | |
| | 20 | |
| | 21 | |
| | 22 | |
| | 23 | |
| | 24 | |
| | 25 | |
| | 26 | |
| | 27 | |
| | 28 | |
| | 29 | |
| | 30 | |
| | 31 | |
| TOTAL | | |

Lu et Approuvé et Signature des Parents:

