

**Réservation cantine**

**Mois de Septembre**

**NOM de(s) l’enfant(s) :** ……………………………………………………………………………………….

**PRENOM de(s) l’enfant(s) :** ………………………………………………………………………..…………..

Je soussigné(e) ………………………………………………………………………………………..................

Réserver les repas pour mon (mes) enfant(s) à partir du calendrier ci-dessous et m’engage à prévenir une semaine à l’avance la responsable du service de restauration scolaire pour tout changement de réservation (au cas échéant, les repas seront perdus sauf en cas de maladie et sous présentation d’un justificatif médical).

Merci de bien vouloir cocher les jours où votre enfant mangera à la cantine.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L | M | J | V |
|  | 3 | 5 | 6 |
| 9 | 10 | 12 | 13 |
| 16 | 17 | 19 | 20 |
| 23 | 24 | 26 | 27 |
| 30 |  |  |  |

|  |
| --- |
| Valable pour tous les jours de l’année scolaire jusqu’au : 26 juin inclus  3 juillet inclus |

Fait à Biguglia, le

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »