



MAIRIE DE JACOB-BELLECOMBETTE

Tél. : 04-79-69-87-32

ATTENTION RESERVATION
AVANT LE JEUDI 10H

ANNEE SCOLAIRE

**FICHE D'INSCRIPTION OCCASIONNELLE
RESTAURANT SCOLAIRE**

Je soussigné : NOM : Prénom :

Demande l'inscription de mon (mes) enfant(s)

NOM Prénom

Classe

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

JOUR	DATE
LUNDI	
MARDI	
JEUDI	
VENDREDI	

Date :

Signature du responsable légal :



MAIRIE DE JACOB-BELLECOMBETTE

Tél. : 04-79-69-87-32

ATTENTION RESERVATION
AVANT LE JEUDI 10H

ANNEE SCOLAIRE

**FICHE D'INSCRIPTION OCCASIONNELLE
RESTAURANT SCOLAIRE**

Je soussigné : NOM : Prénom :

Demande l'inscription de mon (mes) enfant(s)

NOM Prénom

Classe

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

JOUR	DATE
LUNDI	
MARDI	
JEUDI	
VENDREDI	

Date :

Signature du responsable légal :