



Restaurant scolaire 2018-2019

Absence exceptionnelle

A remettre à l'enseignant

Je soussigné (e),

atteste que mon enfant :

Nom et prénom :

Classe :

ne déjeunera pas au restaurant scolaire le(s) :

Date :

Date :

Date :

Selon le règlement que j'ai lu et signé, les repas prévus ces jours là me seront facturés

Fait à Luzinay, le :

Signature

