

**RESTAURATION SCOLAIRE
FICHE DE MODIFICATION DE RÉGIME**

RESPONSABLE LÉGAL

NOM :

PRÉNOMS :

ADRESSE :

.....

.....

N° DE TÉLÉPHONE :

Je demande l'inscription de mon enfant au régime suivant :

Externe

DP Forfait 4 jours

DP Forfait 5 jours

à compter du.....

ÉLÈVE

NOM :

PRÉNOMS :

CLASSE :

Je soussigné(e)
certifie avoir pris connaissance du fonctionnement de la restauration scolaire et des
modalités de paiement.

À.....le.....

Signature