



INSCRIPTION RESTAURATION SCOLAIRE 2019-2020

Nom de l'élève : _____

Prénom : _____

Classe :

Responsable légal de l'élève 1

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. :

Courriel :

Responsable légal de l'élève 2

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. :

Courriel :

Responsable financier de l'élève

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. :

Courriel (conseillé pour l'envoi de factures)

Jours d'inscription

Lundi

Mardi

Jeudi

Vendredi

Facturation :

Trimestrielle*

Mensuelle :

*1ère période : septembre octobre novembre décembre

2ème période : janvier février mars

3ème période : avril mai juin juillet

Le délai de paiement sera indiqué sur chaque facture. Nous vous remercions de vous y conformer.

Date et signature :