



ADHESION AU SYSTEME DE PAIEMENT
PAR PRELEVEMENT AUTOMATIQUE
FICHE DE RENSEIGNEMENTS
RESTAURANT SCOLAIRE
PERIODE DE SEPTEMBRE 2018 A JUILLET 2019

FAMILLE :

Adresse :

E-Mail : _____@_____

ENFANT concerné pour l'année scolaire 2018-2019

NOM :

Prénom :

Date de Naissance :

Classe de l'enseignant : _____

Ira au **Restaurant Scolaire** chaque*

- * LUNDI
* MARDI
* JEUDI
* VENDREDI

(* Cocher les jours choisis correspondant aux présences de votre enfant au Restaurant Scolaire)

WAHAGNIES, le : ____/____/____

Signature(s) des parents :