

Notre Dame des Anges

**DEMANDE DE REMBOURSEMENT
DE FRAIS DE RESTAURATION SCOLAIRE**
(joindre à votre demande le certificat médical)

Nom de l'élève :

Prénom de l'élève :

Classe de l'élève :

Nom du responsable légal :

Prénom du responsable légal :

Demande de remboursement du montant des frais de restauration :

- Pour la durée de jours, soit repas (5 jours minimum)
- Du au

Signature du responsable légal :

Rappel : Seules les absences motivées par un certificat médical d'une durée supérieure ou égale à 5 jours de cantine seront remboursées.

Notre Dame des Anges

**DEMANDE DE REMBOURSEMENT
DE FRAIS DE RESTAURATION SCOLAIRE**
(joindre à votre demande le certificat médical)

Nom de l'élève :

Prénom de l'élève :

Classe de l'élève :

Nom du responsable légal :

Prénom du responsable légal :

Demande de remboursement du montant des frais de restauration :

- Pour la durée de jours, soit repas (5 jours minimum)
- Du au

Signature du responsable légal :

Rappel : Seules les absences motivées par un certificat médical d'une durée supérieure ou égale à 5 jours de cantine seront remboursées.

Document téléchargeable sur le site de l'école : rubrique « Restauration »