



MAIRIE DE JACOB-BELLECOMBETTE

Tél. : 04-79-69-87-32

ANNEE SCOLAIRE 2018/2019

**FICHE D'INSCRIPTION PERMANENTE  
RESTAURANT SCOLAIRE**

Je soussigné : NOM : ..... Prénom : .....

Demande l'inscription de mon (mes) enfant(s)

NOM	Prénom	Classe
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

JOUR	CHOIX
LUNDI	
MARDI	
JEUDI	
VENDREDI	

Date : ..... Signature du responsable légal : .....



MAIRIE DE JACOB-BELLECOMBETTE

Tél. : 04-79-69-87-32

ANNEE SCOLAIRE 2018/2019

**FICHE D'INSCRIPTION PERMANENTE  
RESTAURANT SCOLAIRE**

Je soussigné : NOM : ..... Prénom : .....

Demande l'inscription de mon (mes) enfant(s)

NOM	Prénom	Classe
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

JOUR	CHOIX
LUNDI	
MARDI	
JEUDI	
VENDREDI	

Date : ..... Signature du responsable légal : .....