



MAIRIE DE JACOB-BELLECOMBETTE

Tél. : 04-79-69-87-32

ANNEE SCOLAIRE

**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

**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 :