

FICHE RÉSERVATION RESTAURATION SCOLAIRE

Groupe scolaire :	Noms des Parents :	Nom Prénom de l'Enfant :
Mathy <input type="checkbox"/> Centre <input type="checkbox"/> Justice <input type="checkbox"/>	Père : _____ Mère : _____	_____ _____

Cochez les cases correspondantes

DECEMBRE 2025

Lundi 2	Mardi 3	Jeudi 5	Vendredi 6
Lundi 9	Mardi 10	Jeudi 12	Vendredi 13
Lundi 16	Mardi 17	Jeudi 19	Vendredi 20

Lu et approuvé,

Le _____

Signature des parents,

Mairie d'Ecrouves : 179 rue de l'Hôtel de Ville 54200 Ecrouves

Tél : 03 83 43 11 02