

Téléphone : 04.74.57.98.17  
Fax : 04.74.57.09.88  
secretariat@mairie-serpaize.fr

**Restaurant Scolaire**  
**ANNEE SCOLAIRE 2019 - 2020**

Père  Mère  Tuteur Légal

Je soussigné : Nom et Prénom .....

Adresse : .....

Atteste que mon (mes) enfant (s) :

1er enfant	
2ème enfant	
3ème enfant	

Déjeunera (ont) au Restaurant Scolaire de la commune de Serpaize les :

Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Cocher les cases correspondant aux jours choisis*

† Toute modification dans l'inscription de votre enfant doit être effectuée  
**au plus tard 48 h avant le repas** annulé conformément au règlement intérieur.

Fait à Serpaize le .....

Signature