



DEMANDE DE CHANGEMENT DES JOURS
DE REPAS AU RESTAURANT SCOLAIRE

A donner le plus vite possible à Mr. Kirchhoff / Sodexo

Nom du responsable légal :
Prénom du responsable légal
Nom de l'élève:
Prénom de l'élève:
Classe de l'élève:

A partir du : 01.____. 201__.
(Changement possible seulement au début d'un trimestre)

Repas par semaine : 5 (lundi au vendredi) 4 (lundi, mardi, jeudi, vendredi)

En cas de changement de coordonnées bancaires :

Nom de la banque :

N° d'identification bancaire (Blz) :

N° de compte :

Date :

Signature du responsable légal :