



DEMANDE DE REMBOURSEMENT
DES FRAIS DE RESTAURANT SCOLAIRE
Joindre à votre demande le certificat médical

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

Demande le remboursement du montant des frais de restauration :

- pour la durée de _____ jours, soit _____ repas (5 jours minimum)
- du _____ au _____

En cas de changement de coordonnées bancaires :

Nom de la banque

N° d'identification bancaire (Blz) :

N° de compte :

Signature du responsable légal :

Rappel : Seules les absences motivées par un certificat médical d'une durée supérieure ou égale à 5 jours de cantine, adressées à Mr. KIRCHHOFF, seront remboursées. Les parents devront informer la Sodexo - Mr. KIRCHHOFF – par téléphone (Tél : 069 / 97 67 17 83 - Fax : 069 / 97 67 17 84 – Email : lyceefrancais.1219@sodexo.de) dans les premiers jours d'absences (2 jours au maximum).

Les demandes de remboursement doivent être transmises au plus tard deux semaines avant la fin du trimestre.