

**FICHE MENSUELLE DE RESERVATION
AUX RESTAURANTS SCOLAIRES**

MOIS DE

A retourner au Service Cantines

Mairie de Gaillard – 47 rue des Vignes – BP 36 – 74240 GAILLARD
Tel : 04.50.39.76.30 – Fax : 04.50.39.71.80

Semaine 1

Nom de l'enfant	Prénom	Classe	Ecole	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Semaine 2

Nom de l'enfant	Prénom	Classe	Ecole	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Semaine 3

Nom de l'enfant	Prénom	Classe	Ecole	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Semaine 4

Nom de l'enfant	Prénom	Classe	Ecole	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Semaine 5

Nom de l'enfant	Prénom	Classe	Ecole	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parents :

Nom : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_

Prénom : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_

Date et Signature