

COMMUNE DE GOSNAY

RESERVATION DES REPAS DE CANTINE

DU _____ AU _____ 2025

**La grille est à déposer en mairie
IMPERATIVEMENT chaque LUNDI avant 10H00
Pour les réservations de la semaine suivante**

METTRE UNE CROIX DANS LA CASE DU ou DES JOURS SOUHAITÉS

	1 ^{er} ENFANT Nom et Prénom _____ _____	2 ^{ème} ENFANT Nom et Prénom _____ _____	3 ^{ème} ENFANT Nom et Prénom _____ _____	Observations éventuelles
Classe de l'enfant	_____	_____	_____	
LUNDI				
MARDI				
JEUDI				
VENDREDI				
TOTAL	_____	_____	_____	

Nom et Prénom d'un des parents : _____

Adresse : _____

VILLE : _____ N° Allocataire CAF/MSA : _____

SIGNATURE

(la signature implique que vous ayez pris connaissance et accepté le règlement intérieur de la cantine scolaire)

Veillez indiquer un numéro de téléphone à appeler en cas d'urgence entre 12h et 13h30
