

**DEMANDE de REMBOURSEMENT de REPAS NON CONSOMMES**

(A transmettre **impérativement** dans les 15 jours suivant la reprise)

ETABLISSEMENT SCOLAIRE : …………………………………………………………….

NOM de l’ELEVE : ………………………………………PRENOM : …………………………………

NOM des PARENTS : ……………………………………………………………………………………

ADRESSE : ……………………………………………………………………………………………….

CLASSE : …………………………………………………………………………………………………

PERIODE CONCERNEE : du ……………………………(inclus) au ……………………………..(inclus)

Nombre de repas : ……………….. (correspondant au nombre de jour d’arrêt du médecin)

Prix du repas : ………………...

Somme à rembourser sur la prochaine facture: ……………..

* Absence à partir de 3 journées consécutives, pour maladie.

(**Joindre OBLIGATOIREMENT un Certificat Médical)**

Vu certifié exact, Paris, le ………………….

En ce qui concerne la période d’absence

Signature du Chef d’Etablissement : Signature des Parents :

8, rue de la Banque – 75002 PARIS – Tél : 01.42.60.03.29 – Mairie : 01.53.29.75.02 – Poste : 14.18

Mail : facturecde2@cde2.fr