

**DEMANDE DE REMBOURSEMENT**  
**DES FRAIS DE RESTAURANT SCOLAIRE**

*Antrag zur Rückerstattung des Essensgeldes*

**Joindre à votre demande le certificat médical**  
*Arztbescheinigung beifügen.*

<b>Nom de l'élève / Name des Schülers:</b>
<b>Prénom de l'élève / Vorname des Schülers</b>
<b>Classe de l'élève / Klasse des Schülers:</b>
<b>Nom du responsable légal / Name des Verantwortlichen</b>
<b>Prénom du responsable légal / Name des Verantwortlichen</b>

Pour la durée de \_\_\_\_\_ jours, soit \_\_\_\_\_ repas (4 jours minimum)  
*Für die Zeit von \_\_\_\_\_ Tagen, das heißt \_\_\_\_\_ Essen (Minimum 4 Tage)*

Du / vom \_\_\_\_\_ au / bis \_\_\_\_\_

La demande de remboursement doit être transmise au plus tard deux semaines avant la fin du trimestre à Mr. Dkhil / Sodexo c/o Lycée français Victor Hugo.

*Der Antrag muss spätestens zwei Wochen vor Quartalsende an Hr. Dkhil / Sodexo c/o Lycée français Victor Hugo abgegeben werden.*

Seules les absences motivées par un certificat médical, adressées à Mr. Dkhil, seront remboursées.

*Nur die Abwesenheit die durch eine ärztliche Bescheinigung bestätigt ist wird berücksichtigt.*

**Signature / Unterschrift**

**Date / Datum**