

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

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 la Sodexo c/o Lycée français Victor Hugo.

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

Seules les absences motivées par un certificat médical, seront remboursées.

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

**Signature / Unterschrift**

**Date / Datum**