

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

Antrag zur Rückerstattung des Essensgeldes
Joindre à votre demande le certificat médical
Arztbescheinigung beifügen.

Nom de l'élève / Name des Schülers :
Prénom de l'élève / Vorname des Schülers :
Numéro de client / Kundennummer : 1219 _ _ _ _ _
Classe de l'élève / Klasse des Schülers :
Nom du responsable légal / Name des Verantwortlichen :

Pour la durée de _____ jours, soit _____ repas (4 jours consécutifs minimum)

Für die Dauer von _____ Tagen, das heißt _____ Essen (Minimum 4 aufeinanderfolgende Tage)

Du / von _____ 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 justifiées par un certificat médical, seront remboursées.

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

Signature / Unterschrift

Date / Datum