

**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 : 3191 _ _ _ _ _ ou 1219 _ _ _ _ _
Classe de l'élève / Klasse des Schülers:
Nom du responsable légal / Name des Verantwortlichen
Prénom du responsable légal / Name des Verantwortlichen

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

Du / vom _____ au / bis _____

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

Der Antrag muss spätestens zwei Wochen vor Quartalsende an VielfaltMenü 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