

Lycée Camille Claudel  
Pontault-Combault

## Remboursement repas

NOM :  
Prénom :  
Classe :  
Carte n° :  
Année scolaire :

Je demande le remboursement du solde de mes repas selon indications fournies sur ce document.

Date :

Signature :

Coordonnées bancaires :

Agrafez ici votre R.I.B.

**Réservé à l'administration :**

Solde de la carte :

Visa de l'agent comptable :