



**MAIRIE**  
**de**  
**LABASTIDE SAINT-GEORGES**

**COMMANDE DES REPAS POUR 2022**

NOM :

Prénom :

Adresse :

81500 LABASTIDE SAINT-GEORGES

N° de téléphone :

**Pour la mise en place ou pour toute modification, merci de prendre en compte un délai minimum de 48h.**

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Nombre de repas(*)							

(\*) 1 ou 2 repas

A partir du (*date*) : \_\_\_\_\_

*Merci de bien vouloir compléter le tableau ci-dessus, le dater et le signer.*

Labastide Saint-Georges, le  
Signature du bénéficiaire