

PLANNING OCTOBRE 2020

NOM : **PRENOM** : **CLASSE** : **ENSEIGNANT** :

ECOLE :

Prénom Enfant											JEUDI 01/10			VEN 02/10			
												MAT	REPAS	SOIR	MAT	REPAS	SOIR
	LUNDI 05/10			MARDI 06/10			MERC 07/10				JEUDI 08/10			VEN 09/10			
	MAT	REPAS	SOIR	MAT	REPAS	SOIR	JOURNEE	Matin avec repas	Matin sans repas	Après-midi avec repas	Après-midi sans repas	MAT	REPAS	SOIR	MAT	REPAS	SOIR
	LUNDI 12/10			MARDI 13/10			MERC 14/10				JEUDI 15/10			VEN 16/10			
	MAT	REPAS	SOIR	MAT	REPAS	SOIR	JOURNEE	Matin avec repas	Matin sans repas	Après-midi avec repas	Après-midi sans repas	MAT	REPAS	SOIR	MAT	REPAS	SOIR

SOMME REGLEE	DATE	SIGNATURE

