

_____ Einrichtung	_____ Unterschrift
Kalenderwoche :	Woche vom _____ bis _____

	Menu				Summe Essen
	A	B	muslimisch	Allergie*	
Mo					
Di					
Mi					
Do					
Fr					
Sa					
So					

Bitte für die kommende Woche bis Freitag faxen an 02372 907-135

*Allergien

Bemerkungen