INSCRIPCIÓ AL SERVEI DE MENJADOR ESCOLAR

CURS 202__ / 202__

Nom de l'alumne:_____Nivell:_____ Grup:_____

Adreça:_____

Al·lèrgies: L'alumne/a presenta algún tipus d'al·lèrgia degudament justificada? **NO - SI**
(Indiqueu a l'encarregat quin tipus d'al·lergia té) _____

Nom i cognom del pare:_____

Nom i cognom de la mare:_____

Telèfons de contacte i a qui pertanyent:

Telf. _____ de _____

Telf. _____ de _____

Telf. _____ de _____

Setembre ☐ Juny ☐

Es sl·licita l'us del servei del menjador de forma: Mensual ☐
Esporàdica (menys de 3 dies ☐

Telèfon del menjador: **628 679 685** (Joan Carles)
Nom del grup de Telegram: **MENJADOR BENIGÀNIM**

COMPTE BANCARI

CODI COMPTE																								
IBAN				ENTITAT				OFICINA				D.C.		Nº DE COMPTE										

En/Na_____, amb D.N.I.:_____
i titular d'aquest compte, estic d'acord amb què es carreguen en ell els rebuts del menjador escolar corresponents al curs 202_/202_.

Signatura:

En cas de rebre ajuda de menjador es giraran els rebuts en funció de l'ajuda rebuda.