

SOL·LICITUD DE MENJADOR ESCOLAR CURS 2026-2027
(data límit de lliurament ALS/LES TUTORS/ES DILLUNS 15 DE JUNY)

En./Na.DNI _____

SOL·LICITE l'assistència al menjador escolar per al meu fill/a per als següents mesos (**marcar amb una aspa**)

SETEMBRE

Dill a Div (de 13 a 15h) ☐

OCTUBRE A MAIG

Dill a Dij ☐

Dill a Div ☐ eixida els divendres a les 16:00h

JUNY

Dill a Div (de 13 a 15h) ☐

NOM ALUMN@: _____ CURS 25-26: _____

TELÈFONS PER ORDRE DE PREFERÈNCIA		PARENTIU	AL·LÈRGIES I INTOLERÀNCIES/ENF. CRÒNIQUES (Acompanyar amb certificat mèdic actualitzat)
1			Intolerància/al·lèrgia:
2			
3			

És responsabilitat plena de la família informar de les al·lèrgies i malalties cròniques al centre educatiu i lliurar tant l'informe mèdic com les respectives autoritzacions. Sense informe mèdic ni autoritzacions no hi ha constància real i no es podrà elaborar un menú adaptat.

¿MENÚ ADAPTAT PER SALUT O PER CREENCES RELIGIOSES? SI ☐ NO ☐

Específiques: _____

CODI COMPTE CLIENT (Omplir només si el número de compte serà diferent al d'aquest curs 25-26)

IBAN

ENTITAT

OFICINA

DC

NÚMERO DE COMPTE

El cobrament es realitzarà a mes vençut i durant la primera setmana de cada mes.

Signat: _____ València, de 2026
DNI/NIE _____
Pare/Mare/Tutor/a legal