

SOLICITUD DE COMEDOR ESCOLAR CURSO 2026-2027
(fecha límite de entrega A LOS/LAS TUTORES/AS LUNES 15 DE JUNIO)

D./Dña. _____ DNI _____

SOLICITA la asistencia al comedor escolar para mi hijo/a para los siguientes meses (**marcar** con un aspa)

SEPTIEMBRE

L a V (de 13 a 15h) ☐

OCTUBRE A MAYO

L a J ☐

L a V ☐ salida los viernes a las 16:00h

JUNIO

L a V (de 13 a 15h) ☐

NOMBRE ALUMN@: _____ CURSO 25-26: _____

TELÉFONOS POR ORDEN DE PREFERENCIA		PARENTESCO	ALERGIAS E INTOLERANCIAS/ENF.CRÓNICAS (Acompañar con certificado médico actualizado)
1			Intolerancia/alergia:
2			
3			

Es responsabilidad plena de la familia informar de las alergias y enfermedades crónicas al centro educativo y entregar tanto el informe médico como las respectivas autorizaciones. Sin informe médico ni autorizaciones no hay constancia real y no se podrá elaborar un menú adaptado.

¿MENÚ ADAPTADO POR SALUD O POR CREENCIAS RELIGIOSAS? SI ☐ NO ☐

Especifíquese: _____

CÓDIGO CUENTA CLIENTE (Rellenar sólo si el número de cuenta será diferente al de este curso 25-26)

IBAN ENTIDAD OFICINA DC NÚMERO DE CUENTA

_____/_____/_____/_____/_____

El cobro se realizará a mes vencido y durante la primera semana de cada mes.

Valencia, a de de 2026

Fdo. _____ DNI/NIE _____

Padre/Madre/Tutor/a legal