

FITXA D'ALTA MENJADOR / FICHA DE ALTA COMEDOR

Cognoms/ *Apellidos* _____ Nom / *Nombre* _____

Nivell / *Nivel* _____

Telèfons/ *Teléfonos*: Pare/Mare/Tutor/a - *Padre/Madre/Tutor/a*: _____

Pare/Mare/Tutor/a - *Padre/Madre/Tutor/a*: _____

Altres/ *Otros*: _____

Patix algun tipus de malaltia o al·lèrgia alimentària?/ **¿Padece algún tipo de dolencia o alergia alimenticia?** SI Indique-la/**Indique cual**: _____

NO (Si ha marcat l'opció del SI, haurà d'aportar documentació per acreditar-la)

(*Si ha marcado la opción del SI, tendrá que aportar documentación para acreditarla*)

Marque amb una creu els mesos que el seu fill/a vindrà al menjador escolar/

Marque con una cruz los meses que su hijo/a asistirá al comedor escolar:

Setembre/*Septiembre*:

Octubre-Maig /**Octubre-Mayo**:

Juny/*Junio*:

Eventual/*Eventual*:

Número de compte i nom del titular./ **Número de cuenta y nombre del titular:**

Titular: _____ DNI: _____

IBAN	/ ENTITAT/ ENTIDAD	SUCURSAL	DC	NÚMERO DE COMPTE/Nº DE CUENTA

(ES IMPRESCINDIBLE PORTAR UNA COPIA DEL NÚMERO DE COMPTE/ **ES IMPRESCINDIBLE PRESENTAR UNA COPIA DEL NÚMERO DE CUENTA**)

Indique qualsevol altra informació o circumstància, que crega que ha de tindre's en compte./
Indique cualquier otra información o circunstancia, que crea que debe tenerse en cuenta.

.....

Valencia de 20.....

Signat/ **firmado**