



## **SOLICITUD DE COMEDOR ESCOLAR**

## DATOS DEL ALUMNO/A

CURSO ESCOLAR: 202 - 202 CURSO: \_\_\_\_\_ INFANTIL/ PRIMARIA

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

## APELLIDOS

#### TELÉFONOS DE CONTACTO:

MAPPE  
VIVERE CONSCIE CONVIVIENZE

MADRE \_\_\_\_\_ FADRE \_\_\_\_\_

**MADRE** \_\_\_\_\_ **PADRE** \_\_\_\_\_

OTROS

EN CASO DE URGENCIA LLAMAR A

## OBSEVACIONES MÉDICAS:

#### ALERGIAS / INTOLERANCIAS / MENÚ NO CERDO

IMPRESCINDIBLE PRESENTAR CERTIFICADO MÉDICO

THE STANFORD RESEARCH CENTER FOR HUMAN INTELLIGENCE

## **DOMICILIACIÓN BANCARIA DE LOS RECIBOS:**

## ENTIDAD BANCARIA

## **TITULAR DE LA**

## CUENTA

SOLICITA BECA: SI/NO      CUANTÍA DE LA BECA      €

A horizontal timeline consisting of 20 empty boxes. The first box is labeled 'E' and the second box is labeled 'S'. The boxes are numbered 1 through 20 from left to right.

**Los recibos se pasarán al banco a mes vencido del 5 al 10 de cada mes. Deben tener provisionada su cuenta bancaria para poder cobra el recibo. El mes de junio se cobrará la última semana una vez finalizadas las clases.**