



**CEIP AZORÍN
SAN VICENTE**
03009351@edu.gva.es
Telf. 965932505



**GENERALITAT
VALENCIANA**
Conselleria d'Educació,
Cultura i Esport



Fondo Social Europeo
El FSE invierte en tu futuro
UNIÓN EUROPEA

SOLICITUD DE COMEDOR PARA EL PRÓXIMO CURSO CEIP AZORÍN

Estimadas familias, todos aquellos que estéis interesados/as en que vuestro/a hijo/a acuda al comedor el próximo curso escolar, deberéis rellenar este documento para reservar plaza y entregarlo en el centro.

A		DATOS DEL ALUMNO/A	
NOMBRE:		APELLIDOS:	
NIVEL ESCOLAR EL PRÓXIMO CURSO:			
1. Nombre, apellidos y DNI padre/madre/tutor/a legal:			
2. Nombre, apellidos y DNI padre/madre/tutor/a legal:			
TELÉFONOS			
1. Madre			
2. Padre			
3. Familiar			
Ha SOLICITADO LA BECA ASISTENCIAL DE COMEDOR: (Si se le concede la beca debe quedarse el 100% de los días)		SI ☐	NO ☐
B		MÉTODO DE PAGO (elegir una de las opciones)	
En caso de que sea la misma cuenta bancaria del curso pasado, marque con una X: _____			
Nuevo nº de cuenta	ES		
C		ASISTENCIA DEL COMEDOR	
Comedor septiembre y junio (13:00 – 15:00, apertura de puertas 14:50h)		SI ☐	NO ☐
De octubre a mayo recogeré a mi hijo/a a las:	15:30h (apertura de puertas a las 15:15h) ☐	17h (apertura de puertas a las 16:45h) ☐	
En caso de que el/la alumno/a se quede días sueltos al comedor, indique por favor los días:	L ☐	M ☐	X ☐
	J ☐	V ☐	

OBSERVACIONES (entregar informe médico en caso de que el/la alumno/a presente: alergias alimentarias, enfermedades crónicas, dietas especiales, otros asuntos...) , al email encargadocomedorazorin@gmail.com.

El abajo firmante D/Dª solicita PLAZA DE COMEDOR para el alumno/a cuyos datos personales han quedado reflejados arriba y se compromete a garantizar que su hijo/a, cumpla las normas de asistencia, orden y disciplina aprobadas por el Consejo Escolar y reflejadas en el Proyecto de Comedor de Centro.

Firma:

San Vicente del Raspeig,

de

del 202__

SOL·LICITUD DE MENJADOR PER AL PRÒXIM CURS CEIP AZORÍN

Estimades famílies, tots aquells que estigueu interessats/as en què vostre/a fill/a acudisca al menjador el pròxim curs escolar, haureu d'emplenar este document per a reservar plaça i entregar-lo en el centre.

A DADES DE L'ALUMNE		
NOM:		COGNOMS:
NIVELL ESCOLAR EL PRÒXIM CURS:		
1. Nom, cognoms i DNI pare/mare/tutor/a legal:		
2. Nom, cognoms i DNI pare/mare/tutor/a legal:		
TELÈFONS		
1. Mare		
2. Pare		
3. Familiar		
Ha SOL·LICITAT LA BECA ASSISTENCIAL DE MENJADOR: (Si se li concedix la beca ha de quedar-se el 100% dels dies)	SI ☐	NO ☐

[illegible]

C		ASSISTÈNCIA DEL MENJADOR						
Menjador setembre i juny (13.00 – 15.00, obertura de portes 14:50h)		SI	☐	NO ☐				
D'octubre a maig arregaré al meu fill/a a les:		15:30h (obertura de portes a les 15:15h) ☐		17h (obertura de portes a les 16:45h) ☐				
En cas que l'alumne/a se quede dies solts al menjador, indique per favor els dies:				DLL ☐	DM ☐	DX ☐	DJ ☐	DV ☐

OBSERVACIONS (entregar informe mèdic en cas que l'alumne/a present: al·lèrgies alimentàries, malalties cròniques, dietes especials, altres assumptes...) , a l'email encargadocomedorazorin@gmail.com.

El sotassinat D/D^a [redacted] sol·licita PLAÇA DE MENJADOR per a l'alumne/a les dades personals del qual han quedat reflectits a dalt i es compromet a garantir que el seu fill/a, complisca les normes d'assistència, orde i disciplina aprovades pel Consell Escolar i reflectides en el Projecte de Menjador de Centre.

Firma:

Sant Vicent del Raspeig, _____ de _____ del 202_____