

SOL·LICITUD MENJADOR ESCOLAR CURS 2024-2025
SOLICITUD COMEDOR ESCOLAR CURSO

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A - DADES PERSONALS DE L'ALUMNE/A			
Nombre/ Nom		Apellidos/ Cognoms	
NIVELL EDUCATIU EN EL CURS 2024/2025 - NIVEL EDUCATIVO EN EL CURSO 2024/2025			
			CURS/CURSO

DATOS PERSONALES (AUTORIZADOS/AS A RECOGER AL ALUMNO/A) DADES PERSONALS (AUTORITZATS/DES A RECOLLIR A L'ALUMNE/A)			
Nombre de la madre/ Nom de la mare		DNI	
		Móvil/ Mòbil	
Nombre del padre/ Nom del pare		DNI	
		Móvil/ Mòbil	
Otros: Parentesco/ Altres. Parentiu		DNI	
		Móvil/ Mòbil	
Otros: Parentesco/ Altres. Parentiu		DNI	
		Móvil/ Mòbil	

- ✓ SOLICITO SERVICIO DE COMEDOR ESCOLAR PARA LOS MESES/ SOL·ICITE SERVEI DE MENJADOR ESCOLAR PER ALS MESOS:

Septiembre a junio / Setembre i juny		De octubre a mayo/ d'octubre a maig	
---	--	--	--

- ✓ RODEE LA OPCIÓN DESEADA/ ENCERCLE L'OPCIÓ DESITJADA:

Autorizo a mi hijo/a a que salga solo del colegio al finalizar el horario de comedor (solo alumnado de 5º y 6º)/ Autoritze al meu fill/a a que isca asoles del col·legi al finalitzar l'horari del menjador (només alumnat de 5é i 6é)	Si	No
Autorizo a que participe en las actividades de "Acompañamiento a Educación Infantil" (solo alumnos/as de 5º y 6º) / Autoritze a que participe a les activitats "Acompanyament a Educació Infantil" (només alumnat de 5é i 6é)	Si	No
Autorizo a que le pinten la cara si la actividad lo requiere (todo el alumnado)/ Autoritze a que li pinten la cara si l'actividad ho requereix (tot l'alumnat)	Si	No

- ✓ Con esta instancia se solicita plaza en el comedor Escolar. Amb aquesta instància es sol·licita plaça al menjador escolar.

NO ES VÁLIDA COMO BECA / NO ÉS VÀLIDA COM AJUDA DE BECA

DATOS SANITARIOS/ DADES SANITÀRIES

¿Padece el alumno/a alguna intolerancia o alergia? <i>Patix l'alumne/a cap intolerància o al·lèrgia?</i> ¿Cuál?/Quina?.....	SI	NO
---	----	----

En el caso que su hijo/a padezca una intolerancia o alergia alimenticia es imprescindible que presente **anualmente y en el mes de septiembre** el Informe del pediatra o médico especialista./ *En el cas que el seu fill/a patisca una intolerància o al·lèrgia és imprescindible que presente anualment l al mes de setembre l'Informe del pediatre i/o metge especialista.*

**IMPORTANTE/ IMPORTANT: Obligatoriedad de pago por domiciliación bancaria/
*Obligatorietat de pagament per domiciliació bancària.***

DATOS BANCARIOS/ DADES BANCÀRIES

TITULAR DE LA CUENTA/ <i>DEL COMPTE</i>	NIF DEL TITULAR
Nº CUENTA/ <i>COMPTE</i>	

Se **AUTORIZA** al centro al cobro de recibos por domiciliación bancaria/
S'AUTORITZA al centre al cobrament de rebuts per domiciliació bancària.

Todos/as los usuarios/as del Servicio de Comedor escolar se comprometen al pago de los recibos y al cumplimiento de las Normas aprobadas por el Consejo Escolar del Centro/ *Tots els usuaris/es del Servei de Menjador Escolar es comprometen a abonar els rebuts i al compliment de les Normes aprovades al Consell Escolar del Centre.*

Firmado/Signat:

<i>pare/mare/representant legal</i> <i>padre/madre/representante legal</i>	<i>pare/mare/representant legal</i> <i>padre/madre/representante legal</i>

✓ Con esta instancia se solicita plaza en el comedor Escolar. *Amb aquesta instància es sol·licita plaça al menjador escolar.*

NO ES VÁLIDA COMO BECA / NO ÉS VÀLIDA COM AJUDA DE BECA