GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA D'EDUCACIÓ, INVESTIGACIÓ, CULTURA I ESPORT

CEIP "Ntra. Sra. de Begoña"
C/ Progreso 32
Tel. 962617305
E-mail: 46007487@gva.es
46520 PUERTO DE SAGUNTO

SOL·LICITUD MENJADOR ESCOLAR CURS 2025-2026
SOLICITUD COMEDOR ESCOLAR CURSO

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A - *DADES PERSONALS DE L'ALUMNE/A*			
Nombre/ *Nom*		Apellidos/ *Cognoms*	
NIVELL EDUCATIU EN EL CURS 2025 - 2026 - *NIVEL EDUCATIVO EN EL CURSO* **2025 - 2026**			
		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? *Patix l'alumne/a cap intolerància o al·lèrgia?* *¿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/ *DEL COMPTE*	NIF DEL TITULAR
Nº CUENTA/ *COMPTE*	

☐ **Se <u>AUTORIZA</u> al centro al cobro de recibos por domiciliación bancaria/** ***<u>S'AUTORITZA</u> 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:

pare/mare/representant legal *padre/madre/representante legal*	***pare/mare/representant legal*** *padre/madre/representante legal*

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

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