





Farà ús del menjador també en els mesos de setembre i juny:      SÍ      NO

**FITXA D'INGRÉS AL MENJADOR**

**DADES PERSONALS DE L 'ALUMNE/A:**

Nom i cognoms \_\_\_\_\_

Data de Naixement \_\_\_\_\_ Província \_\_\_\_\_ Edat \_\_\_\_\_

Domicili \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ pta \_\_\_\_\_

Municipi \_\_\_\_\_ Província \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_

Estudis que realitza: \_\_\_\_\_ d'Infantil / \_\_\_\_\_ de Primària

Telèfons (indicar junt amb el nom de la persona de contacte):



**FITXA D' INFORMACIÓ SANITÀRIA**

Fotocòpia targeta SIP per davant	Fotocòpia targeta SIP per darrere
----------------------------------	-----------------------------------

És propens a patir alguna infermetat? \_\_\_\_\_

En cas afirmatiu quina? \_\_\_\_\_

Està baix tractament mèdic? \_\_\_\_\_

En cas afirmatiu, quin? \_\_\_\_\_

Ha sigut intervingut quirúrgicament en data recent? \_\_\_\_\_

De qué? \_\_\_\_\_

És al.lèrgic/a? \_\_\_\_\_

En cas afirmatiu, a què? \_\_\_\_\_

Observacions \_\_\_\_\_

**NOTA:**

**EN CAS DE QUE EL/LA XIQUET/A NO PUGA PRENDRE ALGUN ALIMENT PER MOTIU D'AL.LÈRGIA, PER FAVOR, ADJUNTEN JUSTIFICANT MÈDIC.**





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



C/ CERAMISTA ALFONS BLAT,28  
46005077 MANISES-VALENCIA  
46005077@edu.gva.es  
Telf. 961 205 290  
<http://portaledu.gva.es/ceipenricvalorivives>

**INSTÀNCIA DE MATRÍCULA PER AL MENJADOR ESCOLAR**

***ENRIC VALOR I VIVES, MANISES***

***CURS: 2024-25***

**PER A L'ALUMNAT QUE VOL CONTINUAR EN EL MENJADOR AMB LES  
MATEIXES DADES PERSONALS I BANCÀRIES**

NOM I COGNOMS DE L' ALUMNE/A: _____
DOMICILI: _____ N°: _____ PTA: _____
TELF. PRINCIPAL: _____ ALTRES TELFS.: _____
_____
CURS QUE REALIZARÀ EN 2023-2024: _____ anys d'INFANTIL _____ de PRIMÀRIA
NOM I COGNOMS DE LA MARE/PARE/TUTOR/A TITULAR DEL COMPTE BANCARI: _____
Autoritze al C.E.I.P. ENRIC VALOR I VIVES de Manises a carregar, al número de compte assenyalat, els rebuts mensuals del Menjador Escolar fins que comuniqui, si es dona el cas, la baixa de menjador. Manises, _____ de _____ de 20 _____
Signatura del titular del compte (pare/mare/tutor/tutora del alumne/a)

**PER FAVOR MARQUE AMB UNA CREU:**

En el cas de que **NO** li concedixquen la beca del menjador es quedarà igualment a dinar:

\_\_\_ **SÍ** \_\_\_ **NO**

Farà ús del menjador també en els mesos de setembre i juny: \_\_\_ **SÍ** \_\_\_ **NO**





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



C/ CERAMISTA ALFONS BLAT,28  
 46005077 MANISES-VALENCIA  
[46005077@edu.gva.es](mailto:46005077@edu.gva.es)  
 Telf. 961 205 290  
<http://portaledu.gva.es/ceipenricvalorivives>

**INSTÀNCIA DE MATRÍCULA PER AL MENJADOR ESCOLAR**

**ALUMNAT EVENTUAL**

**ENRIC VALOR I VIVES, MANISES**

**CURS: 2024-25**

NOM I COGNOMS DE L' ALUMNE/A: _____
DOMICILI: _____ Nº: _____ PTA: _____
TELF. PRINCIPAL: _____ ALTRES TELFS.: _____
_____
CURS QUE REALIZARÀ EN 2023-2024: _____ anys d'INFANTIL _____ de PRIMÀRIA
NOM I COGNOMS DE LA MARE: _____
NOM I COGNOMS DEL PARE: _____

**El preu del menú establert per la Conselleria és de 4'35 euros.**

Per poder fer ús eventual del servei de menjador escolar:

- 1.- Es deurà realitzar l'ingrés de 43'50 euros en el banc, corresponent al pagament d'un bo de 10 menjars .
- 2.- Es presentarà el justificant de l'ingrés a la encarregada del menjador, la qual li deu entregar el bo de 10 menjars amb el segell de l'escola.
- 3.- Cada dia que l'alumne/a faja ús del servei del menjador escolar ha d'entregar u dels bons a la seua tutora.

**IMPORTANT:** El servei d'eventuals sols es podrà utilitzar un màxim de dos vegades a la setmana

**DADES BANCÀRIES DEL CENTRE:**

ENTITAT : **SABADELL- CAM**

Nº DE COMPTE :

E	S	4	8	0	0	8	1	0	2	7	1	8	8	0	0	0	1	2	5	1	6	2	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

