

FITXA D'ALTA MENJADOR / FICHA DE ALTA COMEDOR

Cognoms/ *Apellidos* _____ Nom /*Nombre* _____

Nivell /*Nivel* _____

Telèfons/ *Teléfonos*: Pare/Mare/Tutor/a - *Padre/Madre/Tutor/a*: _____

Pare/Mare/Tutor/a - *Padre/Madre/Tutor/a*: _____

Altres/ *Otros*: _____

Patix algun tipus de malaltia o al·lèrgia alimentària?/ ¿Padece algún tipo de dolencia o alergia

alimenticia? SI Indique-la/*Indique cual*: _____

NO (Si ha marcat l'opció del SI, haurà d'aportar documentació per acreditar-la)

(*Si ha marcado la opción del SI, tendrá que aportar documentación para acreditarla*)

Marque amb una creu els mesos que el seu fill/a vindrà al menjador escolar/

Marque con una cruz los meses que su hijo/a asistirá al comedor escolar:

Setembre/*Septiembre*:

Octubre-Maig /*Octubre-Mayo*:

Juny/*Junio*:

Eventual/*Eventual*:

Número de compte i nom del titular./ *Número de cuenta y nombre del titular:*

Titular: _____ DNI: _____

IBAN	/ ENTITAT/ ENTIDAD	SUCURSAL	DC	NÚMERO DE COMPTE/Nº DE CUENTA

(ES IMPRESCINDIBLE PORTAR UNA COPIA DEL NÚMERO DE COMPTE/ ES IMPRESCINDIBLE PRESENTAR UNA COPIA DEL NÚMERO DE CUENTA)

Indique qualsevol altra informació o circumstància, que crega que ha de tindre's en compte./

Indique cualquier otra información o circunstancia, que crea que debe tenerse en cuenta.

.....

València de 20.....

Signat/ firmado