



INSCRIPCIÓ AL MENJADOR C.E.I.P MANUEL BRU

CURS 20__ / __

INSCRIPCIÓN AL COMEDOR C.E.I.P MANUEL BRU

CURSO 20__ / __

DADES DE L'ALUMNE/A - DATOS DEL ALUMNO/A (Utilitzar majúscules/Utilizar mayúsculas)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(1er. Cognom/ 1º Apellido)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(2n Cognom/ 2º Apellido)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Nom/Nombre)

QUE AQUEST CURS ESTARÀ EN.../QUE ESTE CURSO ESTARÀ EN... (Assenyale amb/Señale con una X)

	GRUP/GRUPO		
	A	B	C
Infantil de 2 anys/años			
Infantil de 3 anys/años			
Infantil 4 anys/años			
Infantil 5 anys/años			

	GRUP/GRUPO		
	A	B	C
1er Primària			
2n Primària			
3r Primària			
4t Primària			
5é Primària			
6é Primària			

TELÈFONS DE CONTACTE/TELÉFONOS DE COTACTO

PARE / MARE PADRE/MADRE	Nom/Nombre	Mòbil 1/Móvil 1	Mòbil 2/Móvil 2
PARE / MARE PADRE/MADRE	Nom/Nombre	Mòbil 1/Móvil 1	Mòbil 2/Móvil 2

COMENÇARÀ EL MENJADOR EL MES DE/ EMPEZARÁ EL COMEDOR EL MES DE (Assenyala amb/Señala con una X)

<input type="checkbox"/>	SETEMBRE/SEPTIEMBRE
--------------------------	----------------------------

<input type="checkbox"/>	OCTUBRE/OCTUBRE
--------------------------	------------------------

DIES QUE ES QUEDARÀ I HORA D'EIXIDA/DÍAS QUE SE QUEDARÁ Y HORA DE SALIDA (Assenyala amb/Señala con una X)

<input type="checkbox"/>	DILLUNS LUNES
--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	A LES 15:30 H
<input type="checkbox"/>	A LES 17:00 H

<input type="checkbox"/>	DIMARTS MARTES
--------------------------	---------------------------

<input type="checkbox"/>	A LES 15:30 H
<input type="checkbox"/>	A LES 17:00 H

<input type="checkbox"/>	DIMECRES MIÉRCOLES
--------------------------	-------------------------------

<input type="checkbox"/>	A LES 15:30 H
<input type="checkbox"/>	A LES 17:00 H

<input type="checkbox"/>	DIJOUS JUEVES
--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	A LES 15:30 H
<input type="checkbox"/>	A LES 17:00 H

<input type="checkbox"/>	DIVENDRES VIERNES
--------------------------	------------------------------

<input type="checkbox"/>	A LES 15:30 H
<input type="checkbox"/>	A LES 17:00 H



TÉ AL·LÈRGIA A ALGUN ALIMENT?/¿TIENE ALERGIA A ALGÚN ALIMENTO?

<input type="checkbox"/>	SÍ
--------------------------	----

<input type="checkbox"/>	NO
--------------------------	----

En caso afirmatiu... A QUIN? / En caso afirmativo... ¿A CUÁL? (Escriure/Escribir)

En cas afirmatiu adjuntar informe mèdic/En caso afirmativo adjuntar informe médico

DOMICILIACIÓ BANCÀRIA/DOMICILIACIÓN BANCARIA

EMPLENAR NOMÉS EN CAS DE NO TENIR EL MENJADOR DOMICILIAT EL CURS PASSAT O BÉ SI EL NÚMERO DE COMPTE BANCARI HA CANVIAT/CUMPLIMENTAR ÚNICAMENTE EN CASO DE NO TENER EL COMEDOR DOMICILIADO EL CURSO PASADO O BIEN SI EL NÚMERO DE CUENTA BANCARIA HA CAMBIADO (Emplene totes les cel·les/Rellene todas las celdas)

CODI DE COMPTE CLIENT											C.C.C									
IBAN				ENTITAT				OFICINA			DC	Nº DE COMPTE								

NOM I COGNOMS DE LA PERSONA TITULAR DEL COMPTE:

Benissa, ____ de _____ de 20 ____

Signatura de la persona titular del compte
Firma de la persona titular de la cuenta
