



## INSCRIPCIÓ AL MENJADOR ESCOLAR

ALUMNE:  CURS:

ADREÇA:

TELÈFONS:

AL·LÈRGIA O INTOLERÀNCIA A QUALSEVOL ALIMENT (**NECESSARI APORTAR CERTIFICAT MÈDIC**)

EN/NA

com a mare/pare/tutor  
de l'alumne esmentat sol·licite la inscripció a :

ESMORZAR SALUDABLE

MENJADOR ESCOLAR

FIXE(TOTS ELS DIES)

ALGUNS DIES(ASSENYALA ELS DIES)

DILLUNS	DIMARTS	DIMECRES	DIJOURS	DIVENDRES
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### AUTORITZACIÓ PER A LA DOMICILIACIÓ BANCÀRIA DELS REBUTS.

Dades titular del compte (És necessari portar una còpia de les dades bancàries).

NOM I COGNOMS:

DNI:

Dades entitat bancària:

Data i signatura del titular:



## INSCRIPCIÓ AL MENJADOR ESCOLAR

ALUMNO :  CURSO:

DIRECCIÓ:

TELÉFONOS:

ALERGIA O INTOLERANCIA A CUALQUIER ALIMENTO (**NECESARIO APORTAR CERTIFICADO MÉDICO**)

DON/DOÑA

madre/padre/tutor del alumno nombrado solicito la inscripción a :

ALMUERZO SALUDABLE

COMEDOR ESCOLAR

FIJO(TODOS LOS DIAS)

ALGUNOS DÍAS ( SEÑALA LOS DÍAS)

DILLUNS	DIMARTS	DIMECRES	DIJOURS	DIVENDRES
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### AUTORIZACIÓN PARA LA DOMICILIACIÓN BANCARIA DE LOS RECIBOS.

Datos titular de la cuenta (Es necesario llevar una copia de los datos bancarios)

NOMBRE Y APELLIDOS:

DNI:

DATOS ENTIDAD BANCARIA:

FECHA Y FIRMA DEL TITULAR: