



SOLICITUD COMEDOR ESCOLAR

CURSO 20 ____ - 20 ____

Alumno/a (apellidos y nombre): _____

NIVEL: _____

Solicita comedor para (ponga X): SEPTIEMBRE DE OCTUBRE A MAYO JUNIO

Marque con una "X" la opción de días:

De lunes a viernes					
De lunes a jueves					
Días fijos	L	M	X	J	V

NECESIDAD DE MENÚ ESPECIAL: Deben entregar el **informe médico** en el caso de alergias, intolerancias alimentarias, enfermedades... y cualquier otro motivo debe ser justificado.

Los pagos serán domiciliados y el precio independientemente de la modalidad elegida será de **4,35 € día**.

Titular de la cuenta: _____ NIF /NIE _____

Dirección del alumno/a: _____ C.P: _____

Teléfonos _____, _____, _____

CÓDIGO IBAN

--	--	--	--

BANCO/CAJA

--	--	--	--

Nº OFICINA

--	--	--	--

CONTROL

--	--

NÚMERO DE CUENTA

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

El mes de septiembre y junio es opcional para el alumnado **no becado**. Los pagos serán domiciliados mensualmente. Hacer uso de este servicio implica el cumplimiento de la normativa y el proyecto educativo del mismo. Si ha solicitado beca de comedor deberá anexar el justificante a la presente solicitud. Cualquier modificación en la modalidad se comunicará a la secretaria del centro antes del 25 de cada mes y será efectivo a partir del día 1 del mes siguiente.

Valencia a, ____ de ____ de 20 ____

Firmado por: padre/madre o tutor/a

Firmado: _____