



SOL·LICITUD MENJADOR ESCOLAR

CURS 20__ - 20__

Alumne (Cognoms i nom): _____

NIVELL: _____

Sol·licita menjador per (pose X): SETEMBRE D'OCTUBRE A MAIG JUNY

Marque amb una "X" l'opció de dies:

De dilluns a divendres					
De dilluns a dijous					
Dies fixos	DL	DM	DX	DJ	DV

NECESSITAT DE MENÚ ESPECIAL: Han d'entregar l'informe mèdic en el cas d'al·lèrgies, intoleràncies alimentàries, malalties... i qualsevol altre motiu ha de ser justificat.

Els pagaments seran domiciliats i el preu independentment de la modalitat triada serà de 4,35 € dia.

Titular del compte: _____ NIF /NIE _____

Direcció de l'alumne: _____ C.P: _____

Telèfons _____, _____, _____

CÒDI IBAN

--	--	--	--	--

BANC/ CAIXA

--	--	--	--	--

Nº OFICINA

--	--	--	--	--

CONTROL

--	--

NÚMERO DE COMPTE

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

El mes de setembre i juny és opcional per a l'alumnat no becat. Els pagaments seran domiciliats mensualment. Fer ús d'aquest servei implica el compliment de la normativa i el projecte educatiu d'aquest. Si ha sol·licitat beca de menjador haurà d'annexar el justificant a la present sol·licitud. Qualsevol modificació en la modalitat es comunicarà a la secretària del centre abans del 25 de cada mes i serà efectiu a partir del dia 1 del mes següent.

València a, _____ de _____ de 20__

Signat per: pare/mare o tutor/a

Signat: _____