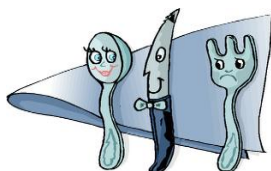


SOLICITUD DE PLAZA DE COMEDOR ESCOLAR (HOJA POR ALUMNO)



ALUMNO/A _____ CURSO _____

PADRE/MADRE/TUTOR-A LEGAL D/DÑA _____ CON

DNI/NIE/PASAPORTE _____, DOMICILIO EN XÀBIA

C/ _____ Y TELÉFONO DE CONTACTO

¿TIENE ALGUNA **ALERGIA**? _____ ¿CUÁL? _____

(ADJUNTAR CERTIFICADO MÉDICO)

¿REQUIERE ALGÚN **MENÚ ESPECIAL**? _____ ¿CUÁL? _____

MARQUE CON UNA X, EL PERÍODO DE TIEMPO EN EL QUE SOLICITA EL COMEDOR ESCOLAR:

- ☐ SEPTIEMBRE
☐ DE OCTUBRE A MAYO
☐ JUNIO
☐ DÍAS SUELTOS _____

AUTORIZA AL COLEGIO MEDITERRÀNIA A REALIZAR LA DOMICILIACIÓN DE LOS RECIBOS DEL COMEDOR ESCOLAR EN EL SIGUIENTE NÚMERO DE CUENTA DE MI BANCO O CAJA: _____

NÚMERO DE CUENTA (INDICAR IBAN):

ES _____

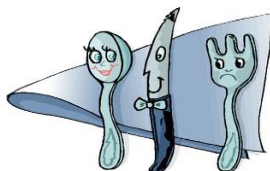
XÀBIA, A _____ DE _____ DE 202 _____

FIRMA:

IMPORTANTE:

- ENTREGAR FOTOCOPIA DE LA PRIMERA HOJA DE LA CARTILLA BANCARIA.
- ENTREGAR DOCUMENTACIÓN MÉDICA EN CASO DE TENER ALERGIA.

SOL·LICITUD DE PLAÇA DE MENJADOR ESCOLAR (FULL PER ALUMNE/A)



ALUMNE/A _____ CURS _____

PARE/MARE/TUTOR-A LEGAL EN/NA _____ AMB

DNI/NIE/PASSAPORT _____, DOMICILI A XÀBIA

C/ _____ I TELÈFON DE CONTACTE

TÉ ALGUNA **ALÈRGIA**? _____ QUINA? _____

(ADJUNTAR CERTIFICAT MÈDIC)

REQUEREIX ALGUN **MENÚ ESPECIAL**? _____ QUIN? _____

MARQUE AMB UNA X, EL PERÍODE DE TEMPS AL QUE SOL·LICITA EL MENJADOR ESCOLAR:

- ☐ SETEMBRE
☐ D'OCTUBRE A MAIG
☐ JUNY
☐ DIES SOLTS _____

AUTORITZA AL COL·LEGI MEDITERRÀNIA A REALITZAR LA DOMICILIACIÓ DELS REBUTS DEL MENJADOR ESCOLAR AL SEGÜENT NÚMERO DE COMPTE DEL MEU BANC O CAIXA: _____

NÚMERO DE COMPTE (INDICAR IBAN):

ES _____

XÀBIA, A _____ DE/D' _____ DE 202 _____

SIGNATURA:

IMPORTANT:

- LLIURAR FOTOCÒPIA DE LA PRIMERA FULLA DE LA CARTILLA BANCÀRIA
- LLIURAR DOCUMENTACIÓ MÈDICA EN CAS DE TENIR ALÈRGIA.