



46017249

46009 València
Tel: 962 566 710
Fax: 962 566 711

Correu: 46017249@gva.es

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL COMEDOR ESCOLAR CURSO
20__-20__**

(Esta solicitud es independiente de que se haya solicitado o no beca asistencial)

Nombre del padre, madre o tutor/a: _____

Domicilio en: _____

Con DNI _____ Tfno. contacto 1: _____ Tfno. contacto 2: _____

APELLIDOS, NOMBRE DEL ALUMNO / A	CURSO ACTUAL	GRUPO / CLASE

SOLICITA PLAZA en el comedor escolar del C.E.I.P Luis Braille de Valencia comprometiéndose a aceptar las normas de Proyecto Educativo del Comedor.

HARÁ USO DEL COMEDOR Y DÍAS QUE ASISTIRÁ: (MARCAR CON UNA "X")

SEPTIEMBRE A JUNIO			OCTUBRE A MAYO	
LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES

DATOS BANCARIOS. NUMERO DE CUENTA

Código IBAN	Código Entidad	Código Sucursal	Control	Número de cuenta
_____	_____	_____	_____	_____

REQUISITO SOLICITUD DE PLAZA: NO TENER DEUDAS DEL CURSO ANTERIOR

DOCUMENTOS OBLIGATORIOS QUE DEBE ADJUNTAR A ESTA SOLICITUD:

- **FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO QUE ACREDITE EL NUMERO DE CUENTA** (obligatorio)
- **CERTIFICADO MÉDICO EN CASO DE ALERGIAS, INTOLERANCIAS O DIETAS ESPECIALES.**
- **OTROS DOCUMENTOS:** circunstancias especiales a valorar por el Consejo Escolar.

ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES: asistencia a las actividades extraescolares de 15:30 a 17:00 (ESPECIFICAR DÍAS)

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES

Valencia, a _____ de _____ de 20__

Firma:

COMISIÓN DE COMEDOR DEL C.E.I.P LUIS BRAILLE DE VALENCIA