



46017249

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

Correu: 46017249@edu.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	GRUPO / CLASE

**SOLICITA PLAZA** en el comedor escolar del C.E.I.P Luis Braille de Valencia comprometiéndose a aceptar las normas de Reglamento de Régimen interno 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**