



46017249

46009 València

Tel: 962 566 710

Fax: 962 566 711

Correu: 46017249@edu.gva.es

**SOL·LICITUD D'INSCRIPCIÓ EN EL MENJADOR ESCOLAR CURS  
20\_\_-20\_\_**

*(Aquesta sol·licitud és independent que s'haja sol·licitat o no beca assistencial)*

Nom del pare, mare o tutor/a: \_\_\_\_\_

Domicili en: \_\_\_\_\_

Amb DNI \_\_\_\_\_ Tfno. contacto 1: \_\_\_\_\_ Tfno. contacto 2: \_\_\_\_\_

COGNOMS, NOM DE L'ALUMNE / A	CURS ACTUAL	GRUP / CLASSE

**SOL·LICITA PLAÇA** en el menjador escolar del C.E.I.P Luis Braille de València comprometent-se a acceptar les normes de Projecte Educatiu del Menjador.

**FARÀ ÚS DEL MENJADOR I DIES QUE ASSISTIRÀ: (MARCAR AMB UNA "X")**

SETEMBRE A JUNY			OCTUBRE A MAIG	
DILLUNS	DIMARTS	DIMECRES	DIJOUS	DIVENDRES

**DADES BANCÀRIES. NOMBRE DE COMPTE**

Codi IBAN	Codi Entitat	Codi Sucursal	Control	Número de compte
_____	_____	_____	_____	_____

**REQUISIT SOL·LICITUD DE PLAZA: NO TINDRE DEUTES DEL CURS ANTERIOR**

**DOCUMENTS OBLIGATORIS QUE HA D'ADJUNTAR A AQUESTA SOL·LICITUD:**

- **FOTOCÒPIA DEL DOCUMENT QUE ACREDITE EL NUMERE DE COMPTE** (obligatori)
- **CERTIFICAT MÈDIC EN CAS D'AL·LÈRGIES, INTOLERÀNCIES O DIETES ESPECIALS.**
- **ALTRES DOCUMENTS:** circumstàncies especials a valorar pel Consell Escolar.

**ACTIVITATS EXTRAESCOLARS:** assistència a les activitats extraescolars de 15:30 a 17:00 (ESPECIFICAR DIES)

DILLUNS	DIMARTS	DIMECRES	DIJOUS	DIVENDRES

València, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

**Signatura:**