



SOL·LICITUD D'INSCRIPCIÓ EN EL MENJADOR ESCOLAR

(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 compromentent-se a acceptar les normes del 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
_____	_____	_____	_____	_____

MATEIX COMPTE QUE L'ANY ANTERIOR: SI NO

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:



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL COMEDOR ESCOLAR

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

Nombre del padre, madre o tutor/a: _____

Domicilio en: _____

Con DNI _____ Tlf contacto 1: _____ Tlf 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

Misma cuenta que el curso anterior: **SI** **NO**

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: