



MATRÍCULA DE MENJADOR ESCOLAR/ MATRÍCULA DE COMEDOR ESCOLAR (2025/2026)

IMPRESINDIBLE EL LLIURAMENT D'AQUEST IMPRÉS EMPLENAT PER A TINDRE PLAÇA EN EL MENJADOR EN EL CURS 2025/2026./IMPRESINDIBLE LA ENTREGA DE ESTE IMPRESO CUMPLIMENTADO PARA TENER PLAZA EN EL COMEDOR EN EL CURSO 2025/2026.

Progenitor/-ra / Progenitor /-ra 1:

Telf: E-mail:

DOMICILI /DOMICILIO:

Progenitor /-ra/ Progenitor /-ra 2:

Telf: E-mail:

DOMICILI /DOMICILIO:

SOL·LICITA PLAÇA DE COMENSAL PER A/ SOLICITA PLAZA DE COMENSAL PARA

ALUMNE/A ALUMNO/A:

Curs/curso:

Altres germans/es en el menjador (nom i curs) /otros hermanos/as en el comedor (nombre y curso):

• **Marca l'opció interessada amb una (x)/ marca la opción interesada con una (x):**

Comensal fixe /fijo: ☐

Comensal eventual: ☐

(Fins a 8 menjars al mes/hasta 8 comidas al mes)

• **Marca l'opció interessada amb una (x)/ marca la opción interesada con una (x):**

Comença en setembre
/Empieza en septiembre ☐

Comença en octubre
/Empieza en octubre ☐

Acaba en maig/acaba en mayo ☐

Acaba en juny /acaba en junio ☐

DADES BANCÀRIES / DATOS BANCARIOS

TITULAR: _____ DNI: _____

Autoritze el servei de menjador del CEIP RAJOLETES A DOMICILIAR REBUTS DE MENJADOR AL SEGÜENT COMPTE/ Autorizo al servicio de comedor del CEIP RAJOLETES A DOMICILIAR RECIBOS DE COMEDOR EN LA SIGUIENTE CUENTA:

Entitat /Entidad

IBAN

ES

SIGNAT/FIRMADO (PROGENITOR /-RA TITULAR/PROGENITOR/-RA TITULAR)

-

SANT JOAN, A: _____ D: _____ DE 20 _____

- **Malalties o al·lèrgies a aliments (amb certificació mèdica)/ Enfermedades o alergias a alimentos (Con certificado médico).**

DIETA HALAL ☐

- **Marca l'opció interessada amb una (x)/ marca la opción interesada con una (x):**

HORA HABITUAL DE RECOLLIDA / HORA HABITUAL DE RECOGIDA

De 15:15 a 15:30 ☐

De 16:45 a 17:00 ☐

Aquest horari no podrà modificar-se llevat que ocorregui algun imprevist. Serà un horari de recollida fix. /
Este horario no podrá modificarse a no ser que ocurra algún imprevisto. Será un horario de recogida fijo.

- **AUTORITZE EL/LA MEU/A A FILL/A A ANAR-SE'N A SOLES A CASA / AUTORIZO A MI HIJO/A A IRSE SOLO/A A CASA (NOMÉS 5é, 6é/ SOLO 5º/6º)**

SÍ ☐

NO ☐

SIGNAT/FIRMADO (Progenitor/-ra 1)

SIGNAT/FIRMADO (Progenitor/-ra 2)

- **Autorització familiars/ amics / Autorización familiares/amigos. (Nom/nombre, cognoms/apellidos, DNI)**

NOM/ NOMBRE

DNI

TELF

- | | | |
|---------|-------|-------|
| • _____ | _____ | _____ |
| • _____ | _____ | _____ |
| • _____ | _____ | _____ |
| • _____ | _____ | _____ |

Es Normativa del centro que el alumnado de Infantil y primer ciclo de primaria (1º y 2º curso) sólo pueden ser recogidos por personas mayores de edad. / Es Normativa del centre que l'alumnat d'Infantil i primer cicle de primària (1r i 2n curs) només pot ser arreplegat per persones majors d'edat.

- **SITUACIÓ FAMILIAR/ SITUACIÓN FAMILIAR:**

☐

MONOPARELTAL/MONOPARENTAL.

☐

ACOLLIDA /ACOGIDA.

☐

MENORS TUTELATS / MENORES TUTELADOS.

☐

ALTRES / OTROS : _____.