

MENJADOR ESCOLAR

En/Na:pare/mare

D./Dña:

de l'alumne/a:

del alumno/a

Encerclar el nivell:

Rodear el nivel

INFANTIL			PRIMARIA					
1º	2º	3º	1º	2º	3º	4º	5º	6º

Manifeste el meu interès per utilitzar els serveis del menjador escolar per al curs acadèmic 2025/26

Manifiesto mi interés por utilizar los servicios del comedor escolar para el curso académico 2025/26

els dies:

los días:

DILLUNS LUNES	DIMARTS MARTES	DIMECRES MIÉRCOLES	DIJOUS JUEVES	DIVENDRES VIERNES

El/la meu/a fill/a començarà a utilitzar el servei de menjador el dia:

Mi hijo/a comenzará a utilizar el servicio de comedor el día

Horari de recollida de l'alumne al centre

Horario de recogida del alumno en el centro

15:30

☐

17:00

☐

Pateix alguna malaltia relacionada amb l'aparell digestiu?

¿Padece alguna enfermedad relacionada con el aparato digestivo?

Quina? /¿Cuál?:.....

SI

☐

NO

☐

Pateix alguna al·lèrgia a productes alimentaris?

¿Padece alguna alergia a productos alimentarios?

Quina? /¿Cuál?:.....

SI

☐

NO

☐

Aquestes dades hauran d'**entregar-les a la direcció del centre** junt amb una **FOTOCÒPIA DE LES DADES BANCÀRIES**.

Els rebuts es passaran al cobrament els primers 10 dies hàbils de cada mes, pel que preguem ho tinguen en compte per a què no es produïsquen devolucions.

IBAN				BANC/CAIXA				SUCURSAL				DC		NÚMERO DE COMPTE											

*Estos datos deberán **entregarlos en la dirección del centro** junto a una **FOTOCOPIA DE LOS DATOS BANCARIOS**.*

Los recibos se pasarán al cobro los primeros 10 días hábiles de cada mes, por lo que rogamos lo tengan en cuenta para que no se produzcan devoluciones.

Signatura del pare/mare

Firma del padre/madre

LA DIRECCIÓ