GENERALITAT VALENCIANA
Conselleria d'Educació, Cultura i Esport

C/ Acadèmic Maravall, 8 46800 Xàtiva
46004747@edu.gva.es - 962249025
https://portal.edu.gva.es/cepgozalbesvera/

C.E.P. GOZALBES VERA

SOL·LICITUD DE MENJADOR I ACTIVITATS EXTRAESCOLARS

Sra./Sr._____

DNI/NIE:_____, com a mare/pare/tutora/tutor legal de

l'**alumne/a**: _____, del curs: _____

SOL·LICITE:

la seua assistència al menjador escolar del CEP Gozalbes Vera durant els dies lectius determinats pel calendari escolar.

Indiqueu breument si l'alumne/a pateix alguna malaltia, al·lèrgia, etc. I que estiga certificada per les autoritats sanitàries.

☐ MENÚ ESPECIAL AMB JUSTIFICACIÓ. Tipus:_____

ACTIVITAT EXTRAESCOLAR (D'OCTUBRE A MAIG)

Indiqueu l'horari d'eixida habitual d'octubre a maig:

☐ 15:30 hores després de menjar.

☐ 17:00 hores després de les activitats extraescolars programades.

Xàtiva, _____ de/d' _____ de 202__

Firma: _____

ORDRE DE **PAGAMENT DOMICILIAT** DE MENJADOR

Nom i cognoms de **l'alumne/a**: _____

Curs: _____

Titular del compte bancari: _____

NIF/NIE: _____

IBAN:

Mitjançant la signatura d'aquesta ordre de domiciliació, **autoritze** el CEP Gozalbes Vera a enviar al compte bancari amunt consignat les ordres de pagament mensuals de menjador corresponent al present curs escolar.

Xàtiva, _____ de/d' _____ de 202__

Firma: _____

SRA. PRESIDENTA DEL CONSELL ESCOLAR DEL CEP GOZALBES VERA

AUTORITZACIONS D'EIXIDA D'ALUMNAT (sols alumnat de 5é i 6é)

Sra/Sr (***mare o pare***) _____,

amb DNI/NIE/Passaport núm. _____,

mare, pare o tutor/a legal de **l'alumne/a** _____,

del **curs** _____ d'Educació Primària.

AUTORITZE que la meua filla o el meu fill se'n vaja sol/a a casa quan finalitze el menjador escolar escolar.

Xàtiva, _____ de/d' _____ de 202__

Firma: _____