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 SERVEI COMPLEMENTARI DE MENJADOR

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

☐ **MENÚ ESPECIAL** (*Aportar justificació mèdica*). Tipus:_____

SENYALEU HORARI D'EIXIDA setmanal habitual durant el curs escolar (*recordeu que en setembre i juny l'horari d'eixida és a les 15:00 hores*) i els **DIES D'ASSISTÈNCIA** al menjador:

	Dl	Dm	Dc	Dj	Dv
SENYALAR HORA 1	15:30	15:30	15:30	15:30	15:30
SENYALAR HORA 2	17:00	17:00	17:00	17:00	17:00
SENYALAR ELS DIES D'ASSISTÈNCIA					

➡ En cas de canvi en l'horari senyalat cal tornar a fer una nova sol·licitud de menjador en secretaria.

El pagament del menjador es realitzarà per **domiciliació bancària**.

Titular del compte bancari: _____

NIF/NIE: _____

IBAN:

E	S																						

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

Xàtiva, _____ de/d' _____ de 202__

Firma: _____