GENERALITAT VALENCIANA
Conselleria d'Educació, Universitats i Ocupació

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 nivell: _____

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 perles autoritats sanitàries.
MENÚ ESPECIAL *(Aportar justificació médica).* 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

En cas de canvi en l'horari senyalat cal donar avís i tornar a fer una nova sol·licitud de menjador en secretaria.
El pagament del menjador es realitzara per domiciliació bancaria.

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.

Xativa, a _____de/d' _____ de 20__

Firma: _____