

SOLICITUD DE SERVICIO COMPLEMENTARIO DE COMEDOR

Sra./Sr. _____

DNI/NIE: _____, como madre/padre/tutora/tutor legal del

alumno/a: _____, del curso: _____

SOLICITO:


su asistencia al comedor escolar del CEP Gozalbes Vera durante los días lectivos determinados por el calendario escolar.

Indique si el/la alumno/a padece alguna enfermedad, alergia, etc. Es necesario que esté certificada por las autoridades sanitarias.

☐ **MENÚ ESPECIAL** (*Aportar justificación médica*). Tipos: _____

INDICAR EL HORARIO DE SALIDA semanal habitual durante el curso escolar (*recordad que en septiembre y junio el horario de salida es a las 15:00 horas*) i los **DÍAS DE ASISTENCIA** al comedor:

| | L | M | X | J | V |
|--------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| SEÑALAR HORA 1 | 15:30 | 15:30 | 15:30 | 15:30 | 15:30 |
| SEÑALAR HORA 2 | 17:00 | 17:00 | 17:00 | 17:00 | 17:00 |
| SEÑALAR LOS DÍAS DE ASISTENCIA | | | | | |

 En caso de cambio en el horario señalado es necesario volver a hacer una nueva solicitud de comedor en secretaría

El pago del comedor se realizará por **domiciliación bancaria.**

Titular de la cuenta bancaria:

NIF/NIE: _____

IBAN:[illegible]

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, autorizo al CEP *Gozalbes Vera a enviar a la cuenta bancaria consignado las órdenes de pago mensuales de comedor correspondiente al presente curso escolar.

Xàtiva, de de 202

Firma: