

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:

E	S																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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: _____