SERVICIO COMEDOR ESCOLAR

CEIP COMUNITAT VALENCIANA
Avda. Pius XII nº 34 - 46015 VALÈNCIA
TELÈFON : 96 256 52 90 FAX: 96 256 52 91
E-mail: 46017729@gva.es
http://mestreacasa.gva.es/web/4601772900/

DATOS DEL ALUMNO/A			
Nombre		**Apellidos**	
Domicilio			
Nº	CP	Población	Fecha nacimiento
Nombre y apellidos padre/tutor			
Telf. 1	Telf.2	Correo @	
Nombre y apellidos madre/tutora			
Telf. 1	Telf.2	Correo @	
Nombre y apellidos de la persona que recogerá al alumno/a a la hora del comedor			

MODALIDAD DE PAGO (Marque con una cruz)	
	DOMICILIACIÓN BANCARIA
Número de cuenta bancaria	Titular de la cuenta:
E S	
Autorizo a la domiciliación bancaria de los recibos mensuales del comedor escolar del centro y acepto el tratamiento de los datos proporcionados, de conformidad con la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. CONFORME SÍ ☐ NO ☐ (Marcar según proceda)	
	INGRESO POR BANCO
Deberá realizar el ingreso **antes del día 7 de cada mes**, aportando posteriormente el resguardo de dicho ingreso al encargado/a del comedor	

MODALIDAD DE USUARIO (Marque con una cruz)			
Modalidad de usuario		Tipo de beca	Observaciones (concretar los días fijos de comedor)
	FIJO CONTINUO (de lunes a viernes)		
	FIJO DISCONTINUO (uno, dos, tres o cuatro días fijos a la semana)		

CAMBIO DE MENÚ (Marque con una cruz)	
	Intolerancia alimentaria Especifique la alergia:
	Motivos religiosos Especifique los alimentos:
	Otros motivos Especifique:
Para solicitar cualquier cambio en el menú, es imprescindible adjuntar el **certificado médico** para las alergias alimentarias y la petición por escrito del padre/madre/tutor/a para los motivos religiosos.	

Valencia, a _____ de _____ de 20_____

Fdo.:_____