

**MENJADOR ESCOLAR 2024-25**

D/Dña.....mare/pare/tutor  
/tutora de l'alumne/a que a continuació apareix, sol.licite la inscripció en el Servei de Menjador  
Escolar per al curs 2024-25

Cognoms i Nom de l'alumne/a	Curs	Al.lèrgies alimentàries	Indicar el mes d'inici

\* Així mateix, justifique l'al.lèrgia, intolerància alimentària o transtorn crònic amb la documentació adjunta.

Telèfons de contacte per ordre preferent		
NOM	PARENTIU	NOMBRE DE TELÈFON

A més a més declare conèixer i accepte les normes establertes per al funcionament de l'anomenat  
servici.

I per això, firme la present sol.licitud, en Cullera, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Signat \_\_\_\_\_

**ORDRE DE DOMICILIACIÓ**

**NOMBRE DEL ACREEDOR:**CEIP DOCTOR ALEMANY

**DIRECCIÓ:** Plaza de la Verge, 12, Cullera (València)

Nombre del titular: \_\_\_\_\_

(pare/mare/tutor/tutora) amb DNI \_\_\_\_\_

Direcció del titular: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL COMPTE BANCARI - IBAN (20 DÍGITS)

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

Autoritze que es faça efectiu amb càrrec al meu compte el rebut mensual corresponent al Menjador  
Escolar CEIP Doctor Alemany. I per a que conste, firme la present sol.licitud, a  
Cullera \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Signat \_\_\_\_\_