

SOL·LICITUD DEL SERVEI DE MENJADOR ESCOLAR CEIP EXPLORADOR ANDRÉS	CURS 2024 / 25 OCTUBRE-MAIG
--	--

PARE/MARE	NIF
-----------	-----

ALUMNE/A	NIVELL
ALUMNE/A	NIVELL
ALUMNE/A	NIVELL

OBSERVACIONS:

DADES D'INTERÉS DE L'ALUMNE/A:	
<input type="checkbox"/>	És al·lèrgic a aliments o medicaments. _____
<input type="checkbox"/>	Malaltia crònica. En cas afirmatiu _____ Cal adjuntar informe mèdic .
<input type="checkbox"/>	Sol·licite menú per a Halal.

ÉS IMPORTANT ANOTAR TELÈFONS PER LOCALITZAR-VOS DURANT L'HORARI DE MENJADOR

--	--

ACCEPTA LES NORMES DE CONVIVÈNCIA DE L'ESCOLA I EM COMPROMET A COMPLIR-LES.

Dades bancàries per a la domiciliació dels rebuts de menjador escolar

Titular del compte	
---------------------------	--

NIF	
-----	--

IBAN

--	--	--	--	--	--

València, a ____ de _____ de 2024.

SIGNATURA PARE/MARE/TUT@R

SOLICITUD DEL SERVICIO DE COMEDOR ESCOLAR CEIP EXPLORADOR ANDRÉS	CURSO 2024 / 25 OCTUBRE-MAYO
---	---

PADRE/MADRE	NIF
-------------	-----

ALUMN@	NIVEL
ALUMN@	NIVEL
ALUMN@	NIVEL

OBSERVACIONES:

DATOS DE INTERÉS DEL ALUMN@:	
<input type="checkbox"/>	Es alérgico a alimentos o medicamentos _____
<input type="checkbox"/>	Enfermedad crónica. En caso afirmativo _____ es necesario adjuntar informe médico .
<input type="checkbox"/>	Solicito menú para Halal.

ES IMPORTANTE ANOTAR TELÉFONOS PARA LOCALIZAROS DURANTE EL HORARIO DE COMEDOR.	

ACEPTO LAS NORMAS DE CONVIVENCIA DE LA ESCUELA Y ME COMPROMETO A CUMPLIRLAS.

DATOS BANCARIOS PARA LA DOMICIALIZACIÓN DE LOS RECIBOS DE COMEDOR ESCOLAR

Titular de la cuenta	
-----------------------------	--

NIF	
-----	--

IBAN

--	--	--	--	--	--

València, a ____ de _____ de 2024.

FIRMA MADRE/PADRE/TUT@R