

SOLICITUD COMEDOR ESCOLAR (una por familia)

ALUMNOS/ALUMNAS

Alumno/a _____ curso _____

Alumno/a _____ curso _____

Alumno/a _____ curso _____

PERÍODOS DE USO DEL COMEDOR (marcar con una cruz la opción)

SEMANA COMPLETA (DE LUNES A VIERNES)	
Septiembre	
De octubre a mayo (8 meses)	
Junio	

Días SUELTOS fijos (hasta 3 días)	
LUNES	
MARTES	
MIÉRCOLES	
JUEVES	
VIERNES	

SOLAMENTE SI SE CONCEDE LA BECA ASISTENCIAL.	
---	--

PAGO (marcar con una cruz la opción elegida)

PAGO POR DOMICILIACIÓN bancaria (forma de pago preferente)

La misma cuenta corriente que el curso pasado.

Una nueva cuenta corriente (rellenar en documento adjunto)

PAGO POR TRANSFERENCIA/INGRESO EN CUENTA CORRIENTE |

(Se hará constar en CONCEPTO el nombre del alumno/a y el mes de pago)

ALERGIAS ALIMENTARIAS / OTROS MENÚS

NO

SÍ Especificar.....

Se debe aportar el certificado médico que acredite la alergia alimentaria en el mes de septiembre

TARDE DE LOS VIERNES DE OCTUBRE A MAYO (de 15:30 a 17 H)

NO

SI

Fecha ENTRADA _____

FIRMA padre/madre

TÉLEFONO DE CONTACTO PARA RESOLVER DUDAS DE LA SOLICITUD

--