

SOL·LICITUD MENJADOR ESCOLAR (Una per família)

ALUMNES

Alumne/a _____ CURS _____

Alumne/a _____ CURS _____

Alumne/a _____ CURS _____

PERÍODES D'ÚS DEL MENJADOR (marcar amb una creu)

SETMANA COMPLETA (DE DILLUNS A DIVENDRES)	
Setembre	
D'octubre a maig (8 mesos)	
Juny	

Dies ESPORÀDICS fixos (fins a 3 DIES)	
DILLUNS	
DIMARTS	
DIMECRES	
DIJOUS	
DIVENDRES	

SOLAMENT SI ES CONCEDEIX LA BECA ASSISTENCIAL	
--	--

PAGAMENT (marcar amb una creu l'opció triada)

PAGAMENT PER DOMICILIACIÓ BANCÀRIA (forma de pagament preferent)

El mateix compte corrent que el curs passat.

Un nou compte corrent (omplir en document adjunt)

PAGAMENT PER TRANSFERÈNCIA/INGRÉS EN COMPTE CORRENT DE L'ESCOLA

Es farà constar en CONCEPTE el nom de l'alumne/a i el mes de pagament.

AL·LÈRGIES ALIMENTÀRIES / ALTRES MENÚS

NO

SÍ Especificar.....

Haurà d'aportar el certificat mèdic actualitzat que acredita l'al·lèrgia alimentària al mes de setembre

VESPRADA DEL DIVENDRES D'OCTUBRE A MAIG (de 15:30 a 17:00)

NO

SÍ

FIRMA pare/mare

Data
 ENTRADA _____

TELÈFON DE CONTACTE PER A RESOLDRE DUBTES DE LA SOL·LICITUD

--