

INSCRIPCIÓ DE MENJADOR

DATA:

NOM I COGNOMS DE L'ALUMNE/A:

CURS:

ALÈRGIES O INTOLERÀNCIES: (Obligatori aportar documentació mèdica)

MES EN QUÈ FARÀ ÚS DEL MENJADOR:

(Indiqueu el mes d'inici del servei. D'octubre a maig, seleccioneu l'horari d'eixida.)

SETEMBRE COMPLET ☐		SETEMBRE EVENTUAL ☐ (Indiqueu els dies)		
HORARI DE 13:00 A 14:30				
D'OCTUBRE A MAIG ☐		EVENTUAL D'OCTUBRE A MAIG ☐		
DILLUNS ☐	DIMARTS ☐	DIMECRES ☐	DIJOUS ☐	DIVENDRES ☐
15:30 ☐	15:30 ☐	15:30 ☐	15:30 ☐	15:30 ☐
17:00 ☐	17:00 ☐	17:00 ☐	17:00 ☐	17:00 ☐
JUNY COMPLET ☐		JUNY EVENTUAL ☐ (Indiqueu els dies)		
HORARI DE 13:00 A 14:30 ☐				

AUTORITZACIÓ DOMICILIACIÓ BANCARIA

Jo,

amb DNI/NIE pare/mare/tutor legal de l'alumne/a

amb domicili en

Autoritze el CEIP Cervantes d'Ibi a carregar en el compte bancari següent els rebuts corresponents al servei de menjador mitjançant domiciliació bancària

IBAN	ENTITAT	OFICINA	D.C.	N.º COMPTE

NOM DE L'ALUMNE/A: CURS:

[illegible]

Emplene les dades de totes les persones autoritzades per a arreplegar l'alumne/a usuari/ària del servei de menjador. Indiqueu el parentiu o la relació (pare, mare, avi/àvia, veí/veïna, parella, etc.).