

SOLICITUD DE PLAZA PARA EL COMEDOR ESCOLAR CURSO 2023-2024

1. DATOS DEL ALUMNO/A				
APELLIDOS Y NOMBRE	CURSO	GRUPO	BECA	DIETA ESPECIAL

2. DATOS FAMILIARES			
NOMBRE Y APELLIDOS		DNI	
MADRE:			
PADRE:			
C./	NÚM.	PISO	PTA
POBLACIÓN	CÓDIGO POSTAL		

3. TELÉFONOS Y CORREOS ACTUALIZADOS		
NOMBRE o RELACIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO
MADRE		
PADRE		

- Añadir tantos teléfonos como sean necesarios para facilitar la comunicación del centro con la familia.

4. NÚMERO DE CUENTA rellenar los datos para autorizar la domiciliación de los recibos													
Nº DE CUENTA													
IBAN ES													

Obligatorio acompañar de fotocopia de la libreta bancaria donde aparezca el nombre del titular.

5. USO DEL SERVICIO DE COMEDOR ESCOLAR (en caso de eventual marcar los posibles días que comerá en el centro)
INDICAR LA FECHA EN LA QUE COMENZARÁ EN EL COMEDOR ESCOLAR:
<input type="radio"/> FIJO (TODOS LOS DÍAS)
EVENTUAL <input type="radio"/> LUNES <input type="radio"/> MARTES <input type="radio"/> MIÉRCOLES <input type="radio"/> JUEVES <input type="radio"/> VIERNES

6. RECOGIDA DEL ALUMNO/A DEL CENTRO (en cada día rodear una opción de recogida 15:30 ó 17)				
15:30 HORAS. AL TERMINAR EL SERVICIO DE COMEDOR		17:00 HORAS. AL TERMINAR LAS ACTIVIDADES		
LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
15:30 ó 17	15:30 ó 17	15:30 ó 17	15:30 ó 17	15:30 ó 17

7. OBSERVACIONES SOBRE INTOLERANCIAS Y ALERGIAS ALIMENTICIAS

8. DOCUMENTACIÓN QUE APORTA SOBRE INTOLERANCIAS Y/O ALERGIAS ALIMENTICIAS
<ul style="list-style-type: none"> • Imprescindible aportar documento médico para alegar alergias o intolerancias que no sean de tipo religioso • En caso de dietas especiales establecidas por el pediatra, es imprescindible, además de aportar documentación, comunicarlo con máximo detalle a dirección del centro. • En caso de necesitar algún tipo de medicación es necesario cumplimentar los anexos para la administración de medicamentos en el centro (pedir en dirección)

En calidad de padre/madre/tutor/a legal, del alumno/a que se indica, solicita, su admisión en el comedor de este centro, comprometiéndose a cumplir las normas de funcionamiento y realizar los abonos en las fechas establecidas.

Elche, _____ de _____ de 202__

Fdo. _____

Fdo. _____

SOLICITUT DE PLAÇA PER AL MENJADOR ESCOLAR CURS 2023-2024

1. DADES DE L'ALUMNE/A				
COGNOMS I NOM	CURS	GRUP	BECA	DIETA ESPECIAL

2. DADES FAMILIARS				
NOM I COGNOM			DNI	
MARE:				
PARE:				
C./		NÚM.	PISO	PTA
POBLACIÓ		CÓDIGO POSTAL		

3. TELÉFONOS Y CORREOS ACTUALIZADOS		
NOMBRE o RELACIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO
MADRE		
PADRE		

- Afegir tants telèfons com siguin necessaris per a facilitar la comunicació del centre amb la família.

4. NÚMERO DE COMPTE omplir les dades per autoritzar la domiciliació dels rebuts														
Nº DE CUENTA														
IBAN ES														

Obligatori acompanyar de fotocopia de la llibreta bancària on aparega el nom del titular.

5. ÚS DEL SERVEI DE MENJADOR ESCOLAR (en cas d'eventual marcar les possibles dies que menjarà en el centre)	
INDICAR LA DATA EN LA QUE COMENÇARÀ EN EL MENJADOR ESCOLAR:	
<input type="radio"/> FIX (TOTS ELS DIES)	
EVENTUAL <input type="radio"/> DILLUNS <input type="radio"/> DIMARTS <input type="radio"/> DIMECRES <input type="radio"/> DIJOUS <input type="radio"/> DIVENDRES	

6. RECOLLIDA DE L'ALUMNE/A DEL CENTRE (en cada dia encerclar una opció de recollida 15:30 ó 17)				
15:30 HORAS. EN ACABAR EL SERVEI DE MENJADOR		17:00 HORAS. EN ACABAR LES ACTIVITATS		
DILLUNS	DIMARTS	DIMECRES	DIJOUS	DIVENDRES
15:30 ó 17	15:30 ó 17	15:30 ó 17	15:30 ó 17	15:30 ó 17

7. OBSERVACIONS SOBRE INTOLERÀNCIES I AL·LÈRGIES ALIMENTÀRIES

8. DOCUMENTACIÓ QUE APORTA SOBRE INTOLERÀNCIES I/O AL·LÈRGIES ALIMENTÀRIES
<ul style="list-style-type: none"> • Imprescindible aportar document mèdic per al·legar al·lèrgies o intoleràncies que no siguin de tipus religiós • En cas de dietes especials establertes pel pediatre, és imprescindible, a més d'aportar documentació, comunicar-ho amb màxim detall a direcció del centre. • En cas de necessitar algun tipus de medicació cal omplir els annexos per a l'administració de medicaments en el centre (demanar en direcció)

En qualitat de pare / mare / tutor / a legal, de l'alumne / a que s'indica, sol·licita, la seva admissió al menjador d'aquest centre, comproment-se a complir les normes de funcionament i realitzar els abonaments en les dates establertes.

EIX, _____ de _____ de 202__

Fdo. _____

Fdo. _____