

SOLICITUD DE PLAZA EN EL SERVICIO DE COMEDOR ESCOLAR CURSO: 2026/2027

1. DATOS DEL ALUMNO/A rellenar con los datos del alumno que solicite el servicio.

APELLIDOS y NOMBRE	CURSO	GRUPO	BECA	DIETAS ESPECIALES	INTOLERANCIAS/ALERGIAS

2. DATOS DEL PADRE/MADRE/ TUTOR/A: rellenar con los datos del padre/madre.

APELLIDOS/NOMBRE:	NIF/NIE:
APELLIDOS/NOMBRE:	NIF/NIE:

3. NÚMERO DE CUENTA: rellenar los datos para autorizar la domiciliación de los recibos.

TITULAR DE LA CUENTA:															
IBAN															

4. DOCUMENTOS OBLIGATORIOS QUE ACOMPAÑA A LA SOLICITUD DE PLAZA: adjunte la documentación justificativa correspondiente, con el fin de que se pueda establecer su prelación respecto a otros posibles usuarios, en caso de que exista limitación de plaza.

<input checked="" type="checkbox"/>	FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO QUE ACREDITE EL nº de CUENTA (OBLIGATORIA)
<input type="checkbox"/>	CERTIFICADO MÉDICO EN CASO DE DIETAS ESPECIALES O ALERGIAS
<input type="checkbox"/>	OTROS DOCUMENTOS (circunstancias especiales a valorar por el Consejo Escolar)

5. INICIA SERVICIO DE COMEDOR

SEPTIEMBRE <input type="checkbox"/>	OCTUBRE <input type="checkbox"/>	OTROS <input type="checkbox"/> _____
-------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------

6. DÍAS QUE SE QUEDA: marque con una X los días que el alumno/a asistirá a comedor.

<input type="checkbox"/>	TODOS LOS DÍAS
<input type="checkbox"/>	OTRO: <input type="checkbox"/> lunes / <input type="checkbox"/> martes / <input type="checkbox"/> miércoles / <input type="checkbox"/> jueves / <input type="checkbox"/> viernes.

7. OBSERVACIONES: incluir datos de interés (médicos u otros).

--

8. AUTORIZACIÓN: marque con una X

Quedan autorizadas para la recogida en horario de comedor escolar, las mismas personas que para la recogida en el horario escolar	
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

9. MODIFICACIONES DE MATRÍCULA: A completar por la administración con ayuda del padre/madre o tutor.

Observaciones	Fecha	Firma padre/madre/tutor.

En calidad de PADRE /MADRE /TUTOR LEGAL de los alumnos que se indican, SOLICITA su admisión en el comedor escolar de este centro, comprometiéndose a abonar el importe del servicio y a cumplir las normas de funcionamiento establecidas.

Elche, a..... de..... de 2026

Fdo.: -----

** En caso de alergias o dietas especiales establecidas por el médico, es imprescindible que, además de anotarlo en la solicitud, nos los aclaren lo más detalladamente posible, adjuntando el certificado médico y poniéndose en contacto con la Dirección del centro.*

** Los datos de carácter personal recogidos en este formulario serán objeto de tratamiento automatizado en los ficheros informáticos del centro, con la finalidad del mantenimiento de la gestión interna del comedor.*

** El titular de los datos se compromete a comunicar por escrito al Centro cualquier modificación que se produzca en los datos aportados.*

** Vd. podrá en cualquier momento ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición en los términos establecidos en la Ley Orgánica 15/1999. El responsable del tratamiento es C.E.I.P. León Felipe.*

SOL·LICITUD DE PLAÇA EN EL SERVICI DE MENJADOR ESCOLAR CURS: 2026/2027

1. DADES DE L'ALUMNE/A

emplenar amb les dades de l'alumne que sol·licita el servici.

COGNOMS i NOM	CURS	GRUP	BECA	DIETES ESPECIALS	INTOLERÀNCIES/ AL·LÈRGIES

2. DADES DEL PARE/MARE/TUTOR/A:

emplenar amb les dades del pare/mare.

COGNOMS i NOM:	NIF/NIE:
COGNOMS i NOM:	NIF/NIE:

3. NOMBRE DEL COMPTE:

emplenar les dades per a autoritzar la domiciliació dels rebuts.

TITULAR DEL COMPTE::														
IBAN														

4. DOCUMENTS OBLIGATORIS QUE ACOMPANYA A LA SOL·LICITUD DE PLAZA:

adjunte la documentació justificativa corresponent, amb la finalitat que es pugui establir la seua prelatió respecte a altres possibles usuaris, en cas que existisca limitació de plaça.

<input checked="" type="checkbox"/>	FOTOCÒPIA DEL DOCUMENT QUE ACREDITE EL Núm. de COMPTE (OBLIGATÒRIA)
<input type="checkbox"/>	CERTIFICAT MÈDIC EN CAS DE DIETES ESPECIALS O AL·LÈRGIES
<input type="checkbox"/>	ALTRES DOCUMENTS (circumstàncies especials a valorar pel Consell Escolar)

5. INICIA SERVICI DE MENJADOR

SETEMBRE <input type="checkbox"/>	OCTUBRE <input type="checkbox"/>	ALTRES <input type="checkbox"/> _____
-----------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------

6. DIES QUE ES QUEDA:

marque amb una X els dies que l'alumne/a assistirà a menjador.

<input type="checkbox"/>	TOTS ELS DIES
<input type="checkbox"/>	ALTRES: <input type="checkbox"/> dilluns / <input type="checkbox"/> dimarts / <input type="checkbox"/> dimecres / <input type="checkbox"/> dijous / <input type="checkbox"/> divendres.

7. OBSERVACIONS:

incloure dades d'interés (metges o altres).

8. AUTORITZACIÓ:

marque amb una X

Queden autoritzades per a la recollida en horari de menjador escolar, les mateixes persones que per a la recollida en l'horari escolar. SI NO

9. MODIFICACIONS DE MATRÍCULA:

A completar per l'administració amb ajuda del pare/mare o tutor.

Observacions	Data	Signat pare/mare/tutor.

En qualitat de PARE /MARE /TUTOR LEGAL dels alumnes que s'indiquen, SOL·LICITA la seua admissió en el menjador escolar d'este centre, compromentent-se a abonar l'import del servici i a complir les normes de funcionament establides.

Elx, a..... de..... de 2026

Signat:

** En cas d'al·lèrgies o dietes especials establides pel metge, és imprescindible que, a més d'annotar-lo en la sol·licitud, ens els aclarisquen el més detalladament possible, adjuntant el certificat mèdic i posant-se en contacte amb la Direcció del centre.*

** Les dades de caràcter personal recollits en este formulari seran objecte de tractament automatitzat en els fitxers informàtics del centre, amb la finalitat del manteniment de la gestió interna del menjador.*

** El titular de les dades es compromet a comunicar per escrit al Centre qualsevol modificació que es produísca en les dades aportades.*

** Vosté podrà en qualsevol moment exercir el dret d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició en els termes establits en la Llei orgànica 15/1999. El responsable del tractament és C.E.I.P. León Felipe.*