

CEIP PASCUAL ANDREU

SERVICIO DE COMEDOR ESCOLAR

CURSO 2024/2025

Información sobre el servicio de comedor escolar .

Estimadas familias,

Os informamos sobre algunos aspectos importantes que debéis conocer sobre el servicio de comedor.

El día 4 de septiembre publicaremos en el tablón de anuncios, el listado de alumnos que se han matriculado para utilizar el servicio en el mes de septiembre (NO DE BECADOS).

El servicio de comedor comenzará el día 9 de septiembre, siempre coincidiendo con el inicio de las clases.

Una vez tengamos la lista de alumnos que han obtenido beca de comedor, os lo comunicaremos por este mismo medio.

Os recordamos que los alumnos de Infantil 3 años podrán hacer uso del comedor a partir del mes de octubre.

El horario del servicio para este mes, será de 13 a 14:30 y el precio de 4,25 € al día. El precio del servicio a partir del mes de octubre será de 4,35 € al día.

Para la devolución del importe del servicio, la falta de asistencia deberá estar debidamente justificada.

El recibo se pasará por la entidad bancaria los primeros diez días del mes siguiente.

Del **11 al 18 de septiembre** se abrirá el plazo para solicitar plaza en el comedor escolar en los meses comprendidos desde octubre a mayo. Os adjuntamos los impresos de solicitud.

Como en cursos anteriores, es necesario seguir un protocolo de control sobre aquellos comensales que requieren unas pautas dietéticas alternativas. Para ello, les adjuntamos la siguiente ficha de requerimiento de menú especial.

Esta ficha la cumplimentan los padres o tutores del comensal detallando la alergia o intolerancia en curso además de especificar los alimentos que no debe ingerir. La demanda de dichos menús vendrá avalada por "el correspondiente certificado médico, que acredite la imposibilidad de ingerir determinados alimentos que puedan ser perjudiciales para la salud del comensal"

Para resolver cualquier duda, podéis contactar con nosotros a través del número de teléfono 965290150.



MATRICULACIÓN PARA EL COMEDOR ESCOLAR C.P. PASCUAL ANDREU.

Curso 2024/2025

NOMBRE Y APELLIDOS DEL ALUMNO.....

FECHA DE NACIMIENTO.....

CURSO EN EL QUE ESTÁ.....

DIRECCIÓN.....

TELÉFONO DE CONTACTO..... //.....

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PADRE.....

NOMBRE Y APELLIDOS DE LA MADRE.....

NOTA: LA FIRMA DE ESTA MATRICULACIÓN IMPLICA LA ACEPTACIÓN DEL REGLAMENTO DEL COMEDOR

FECHA Y FIRMA.....

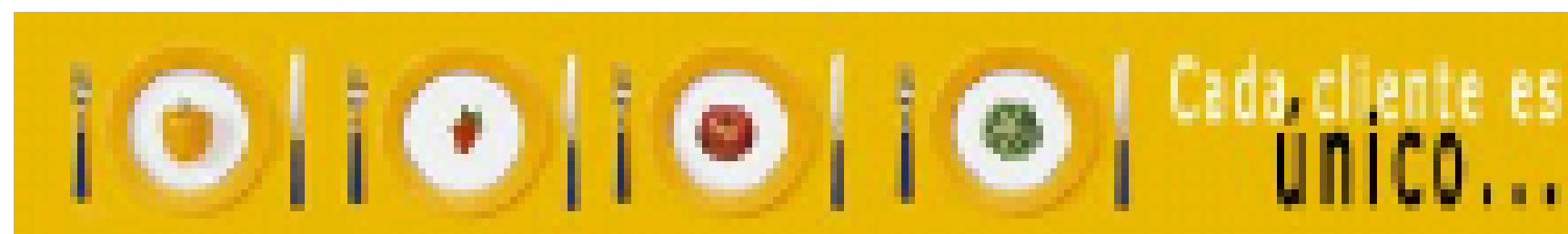
Para una mejor organización del servicio de comedor escolar, marquen con una cruz la opción elegida:

☐ Sí, solicito comedor desde el mes de octubre hasta mayo.

☐ Solicito comedor días sueltos, semanas o meses. Indicar mes, semanas o días:

Es E^{STRICTAMENTE} NECESARIO disponer de una orden de domiciliación bancaria para cada uno de nuestros alumnos matriculados en el servicio de comedor. Deberán cumplimentar el cuadro adjunto **EN CASO DE CAMBIO DE CUENTA BANCARIA RESPECTO AL CURSO PASADO, ALUMNADO DE INFANTIL 3 AÑOS , NUEVAS MATRICULACIONES EN EL SERVICIO DE COMEDOR O USUARIOS DE BONO COMEDOR EL CURSO PASADO.**

IBAN																			
<u>CODIGO</u> <u>PAIS</u>	<u>DC</u> IBAN	ENTIDAD				OFICINA				<u>DC</u>	<u>Nº CUENTA</u>								



COES, S.L.
c/ Dr. Baidoro de Sevilla, nº 78
CIF: B-03123478
03008- ALICANTE
Tfno.- 965-63.45.34
email: informa@coes.es
web: comedoresescolares.com

Ficha de Alergias Alimenticias Comensal - Curso Escolar 2024 / 2025 (A cumplimentar por el Padre, Madre o Tutor Legal)

COLEGIO:			
NOMBRE Y APELLIDOS DEL COMENSAL:			
Curso y Nivel:	TELEFONOS DE CONTACTO:		
Nombre y apellidos padre, madre o tutor:			
DNI-			

Nota: TODOS los campos DEBEN estar cumplimentados

A) DESCRIPCIÓN DE ALÉRGIAS COMUNES: (conforme al Reglamento (UE) Nº 1169/2011 Anexo II)
Marque con una cruz las alergias / intolerancias que presente el comensal y desee que sean atendidas

Sin Gluten (Celíaco)		Sin Cacahuetes	
Sin Lactosa		Sin Altramuzes	
Sin Huevo		Sin Mostaza	
Sin Pescado		Sin Apio	
Sin Crustáceo		Sin Sésamo	
Sin Molusco		Sin Sulfitos	
Sin Frutos Secos		Sin Soja	

Nota: DEBE ACOMPAÑAR CERTIFICADO O JUSTIFICACIÓN MÉDICA QUE LO AVALE

B) DESCRIPCIÓN DE ALÉRGIAS ESPECÍFICAS: (otras no contempladas en el apartado 'A')
Es importante que especifique concretamente qué alimentos NO debe ingerir (no grupos de alimentos)

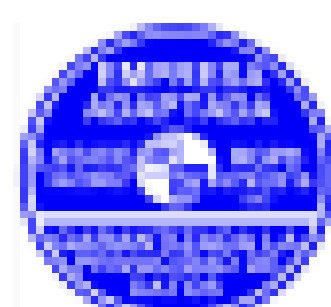
--

Nota: DEBE ACOMPAÑAR CERTIFICADO O JUSTIFICACIÓN MÉDICA QUE LO AVALE

FECHA: ____ / ____ / 20__

FIRMA: Madre, Padre o Tutor:

--



De conformidad con el Reglamento Europeo de Protección de Datos (UE) 679/2016, le comunicamos que los datos contemplados en este formulario son responsabilidad de COES, S.L., con CIF. - B-03123478 y con domicilio en c/ Dr. Baidoro de Sevilla, nº 78 - 03008-ALICANTE y con teléfono 965-63.45.34 y email informa@coes.es. Le informamos que los datos que nos facilita se procesan para prestarle el servicio solicitado y control de intolerancias alimenticias. Los datos se conservarán mientras se mantenga la relación comercial o durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales. Los datos no se cedieron a terceros salvo en los casos en que exista una obligación legal. Usted puede ejercer ante COES, S.L. el derecho de acceso, rectificación, cancelación y portabilidad, dirigiéndose por escrito a la dirección indicada.