



SERVICIO DE COMEDOR ESCOLAR. DATOS PERSONALES Y COMPROMISO DE ASISTENCIA

DATOS DEL ALUMNO		
NOMBRE	APELLIDOS	
DOMICILIO (CALLE, N.º, PTA.)		
CP	POBLACIÓN	FECHA NACIMIENTO
NOMBRE Y APELLIDOS PADRE/TUTOR		
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	CORREO @
NOMBRE Y APELLIDOS MADRE/TUTORA		
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	CORREO @
NOMBRES Y APELLIDOS DE LAS PERSONAS QUE RECOGERÁN AL ALUMNO/A A LA HORA DEL COMEDOR		

MODALIDAD DE PAGO (MARQUE CON UNA CRUZ)		
	BECADO CON BECA COOMPLETA (no debe realizar ningún pago al centro)	
	DOMICILIACIÓN BANCARIA (alumnado becado parcial o alumnado no becado) Número de cuenta / Titular de la cuenta:	
E	S	
Autorizo a la domiciliación bancaria de los recibos mensuales del comedor escolar del centro y acepto el tratamiento de los datos proporcionados, de conformidad con la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre , de protección de datos de carácter personal.		
CONFORME <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (Marcar según proceda)		
	COMPRA TALONARIOS DE TICKETS (alumnado no becado que se queda menos de tres días a la semana y de forma no regular o de forma puntual)	

MODALIDAD DE USUARIO (MARQUE CON UNA CRUZ)		
Modalidad de usuario	Tipo de beca	Observaciones (días fijos)
FIJO CONTINUO BECADO (De lunes a viernes)		
FIJO CONTINUO NO BECADO (De lunes a viernes)		
FIJO DISCONTINUO (Tres o cuatro días por semana)		
DISCONTINUO TICKET (Eventualmente; 1 o 2 semanas)		

CAMBIO DE MENÚ (MARQUE CON UNA CRUZ)	
<input type="checkbox"/>	Intolerancia alimentaria: (especifique la alergia)
<input type="checkbox"/>	Motivos religiosos: (especifique los alimentos)
<input type="checkbox"/>	Otros motivos: (especifique)
Para solicitar cualquier cambio de menú, es imprescindible adjuntar el certificado médico para las alergias alimentarias y la petición por escrito del padre/madre/tutor para los motivos religiosos.	

Segorbe, a _____ de _____ de 20_____

FDO.: _____