

SOLICITUD PARA EL COMEDOR ESCOLAR CURSO 2017/2018

Datos del alumno/a o alumnos/as

1er Apellido	2º Apellido	Nombre	Curso y Grupo

Dpadre y
 D^amadre
 desean inscribir a su hijo/a/os/as en el comedor escolar para el curso 2017/2018 y se compromete a abonar el pago mensual del mismo en los siete primeros días del mes corriente en: (*elegir una de las dos opciones*)

Teléfonos de contacto: PADRE.....MADRE.....

- PAGO EN SECRETARÍA BECA DE COMEDOR:.....

- PAGO POR BANCO AYUDA S. SOCIALES.....

Nombre de la entidad bancaria:.....

Código IBAN	Código entidad	Sucursal	Dígito Control	Número de cuenta	Titular

Deseamos que nuestro/a/ hijo/a/os/as se queden al comedor: (*marcar la opción deseada*)

TODO EL CURSO DE SEPTIEMBRE A MAYO

DE OCTUBRE A JUNIO DE OCTUBRE A MAYO

OTRAS FECHAS.....

SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN

(*NO ESCRIBIR NI MARCAR CRUCES EN LOS CUADROS EN BLANCO DEBAJO DE LOS MESES*)

OBSERVACIONES IMPORTANTES: (*SI EL ALUMNO TIENE ALGUNA ALERGIA ES OBLIGATORIO PRESENTAR INFORME MÉDICO INDICANDO DE QUE TIPO, A QUE ALIMENTOS Y CUALES NO PUEDE COMER*)

1º *¿Es celiaco/a?:* SI NO

2º *¿Es alérgico a algún alimento?:* SI NO

3º *En caso afirmativo indicar a cuales y aportar el informe médico indicando sobre todo que alimentos no puede comer:*

(Si se necesita más espacio, darle la vuelta a la hoja)

Madrid a.....de.....de 201
 EL PADRE/TUTOR LA MADRE/TUTORA

Fdo:..... Fdo: