Consejería de Educación y Ciencia
C.E.I.P. Virgen de la Paz
C/ San Sebastián nº 18 C.P. 19208 Alovera
Tlfn.: 949270100 /Fax :949297101/ E-Mail:19000205.cp@edu.jccm.es

CURSO 2017/2018

SOLICITUD SERVICIO AULA MATINAL PARA ALUMNADO ESPORÁDICO

✓ DATOS DEL ALUMNO/A

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	CURSO

DIETA ESPECIAL/INTOLERANCIA ALIMENTARIA		¿En caso afirmativo especificar cuál? (Se aportará prescripción médica)
☐ SI	☐ NO	

✓ DATOS DEL PADRE, MADRE O TUTOR.

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE

DIRECCIÓN	LOCALIDAD	PROVINCIA	CÓDIGO

DNI	TELÉFONOS DE CONTACTO

Asimismo, conozco y acepto las condiciones establecidas en las Normas de Convivencia, Organización y Funcionamiento del comedor escolar y aula matinal, comprometiéndome a colaborar en su cumplimiento.

Solicita hacer uso del servicio de AULA MATINAL los siguientes días.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

Del mes:

Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio

✓ DATOS BANCARIOS

Autorizo que este recibo del aula matinal del C.E.I.P. “Virgen de la Paz”, a razón de **2,98** € por día, sea cargado a la siguiente cuenta bancaria:

ENTIDAD	LOCALIDAD

TITULAR DE LA CUENTA	DNI DEL TITULAR

IBAN	ENTIDAD				OFIC..Nº				D.C.		Nº DE CUENTA									

Firmado Don / Dña:

En Alovera a .....de.....de.....