

**SOLICITUD SERVICIO DE AULA MATINAL PARA ALUMNADO HABITUAL**

✓ **DATOS DEL ALUMNO/A.**

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	CURSO
<b>DIETA ESPECIAL/INTOLERANCIA ALIMENTARIA</b>		¿En caso afirmativo especificar cuál? (Se aportará prescripción médica)	
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
<b>DÍA DE ALTA</b>			

✓ **DATOS DEL PADRE, MADRE O TUTOR/A.**

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.

✓ **DATOS BANCARIOS DEL PAGADOR DEL SERVICIO.**

Autorizo que este recibo del aula matinal del C.E.I.P. "Virgen de la Paz", a razón de **2,48 €** 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											

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

Firmado Don / Dña: