

**SOLICITUD SERVICIO DE COMEDOR PARA ALUMNADO ESPORÁDICO**

✓ **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>AUTORIZACIONES PARA RECOGER A LOS NIÑOS /AS (Nombre, Apellidos y D.N.I.)</b>			

✓ **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 COMEDOR 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 comedor escolar del C.E.I.P. "Virgen de la Paz", a razón de **5,58 €** por día, sea cargado a la siguiente cuenta bancaria:

<b>ENTIDAD</b>		<b>LOCALIDAD</b>															
<b>TITULAR DE LA CUENTA</b>				<b>DNI DEL TITULAR</b>													
<b>IBAN</b>	<b>ENTIDAD</b>			<b>OFIC..Nº</b>		<b>D.C.</b>		<b>Nº DE CUENTA</b>									

Firmado Don / Dña :

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