CEIP PADRE POVEDA

Código de centro: 28006020

Dirección del Área Territorial de Madrid Capital

CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN, JUVENTUD Y DEPORTE

Comunidad de Madrid

SERVICIO DE COMEDOR 2023 -2024

NOMBRE Y APELLIDOS	CURSO AL QUE VIENE	ALERGIA

Indique si el alumno tiene algún tipo de **alergia o intolerancia alimentaria**
(Obligatorio adjuntar informe actualizado para el presente curso)

¿VA A USAR EL SERVICIO DE COMEDOR?

SI ☐ **NO** ☐

DATOS DE CONTACTO:

Nombre de la madre/padre/tutor/a:

Nombre del padre/ madre /tutor/a:

Teléfonos:

DATOS BANCARIOS (Sólo en caso de usar el Servicio de Comedor):

Entidad _____ Titular de la cuenta

IBAN	Entidad	Sucursal	D.C.	Número de cuenta

PERIODO DE UTILIZACIÓN DEL COMEDOR (Márquese con una cruz la **opción** deseada)

- Curso completo (de septiembre a junio)..... ☐
- De septiembre a mayo (junio no) ☐
- De octubre a junio (septiembre no) ☐
- De octubre a mayo (ni junio ni septiembre). ☐

Firma de la madre/padre/tutor/a: **Firma del padre/ madre /tutor/a**:

Fecha de entrega de la solicitud: ____/____/____