CEIP PADRE POVEDA

Código de centro: 28006020

Dirección del Area Territorial de Madrid Capital

CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN, JUVENTUD Y DEPORTE

Comunidad de Madrid

SERVICIO DE COMEDOR 2022-2023

NOMBRE Y APELLIDOS	CURSO 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:

Teléfonos: Nombre padre:_____ Nombre madre:_____

Móvil padre:_____ Móvil madre: _____

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

Entidad _____Titular de la cuenta _____

IBAN				Entidad				Sucursal				D.C.		Número de cuenta									

PERÍODO 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: **Firma del padre**:

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