

SERVICIO DE COMEDOR 20 - 20

NOMBRE Y APELLIDOS	CURSO	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 madre/padre/tutora/tutor: _____

Nombre madre/padre/tutora/tutor: _____

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									

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/padre/tutora/tutor:

Firma de la madre/padre/tutora/tutor:

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