

FICHA COMEDOR

Dº/Dª _____

AUTORIZO a mi hijo/a a utilizar el servicio de comedor (**MARCAR 1, 2 ó las 3 opciones**, según interese):

Mi hijo se quedará durante todo el curso escolar.

Y además,

Mi hijo no se quedará en el mes de septiembre.

Mi hijo no se quedará en el mes de junio.

DATOS BANCARIOS:

1. TITULAR (nombre y apellidos): _____

| |
|------------------------|
| IBAN (CUENTA BANCARIA) |
| |

2. OPCIÓN DESEADA (**márquese sólo 1**):

Domiciliación bancaria

Pago en efectivo

POR FAVOR, INDICAD TODOS LOS ALUMNOS QUE SE QUEDARÁN EN EL COMEDOR:

| APELLIDOS Y NOMBRE | CURSO (Clase) | OBSERVACIONES (Ej.: que alguno de los hermanos no use el comedor durante el mismo periodo que el resto o alergias ¹). | |
|--------------------|------------------|--|--|
| _____ | _____ | _____ | Alergias <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| _____ | _____ | _____ | Alergias <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| _____ | _____ | _____ | Alergias <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| _____ | _____ | _____ | Alergias <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| _____ | _____ | _____ | Alergias <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |

Pozuelo de Alarcón, a _____ de _____ de 20__

Fdo: El padre/La madre/ Tutor

¹ En caso de alergias o intolerancias, se debe incluir a esta solicitud un certificado médico del niño