

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 alergias¹).

APELLIDOS Y NOMBRE	CURSO (Clase)	OBSERVACIONES	Alergias	SÍ	NO
_____	_____	_____	Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pozuelo de Alarcón, a _____ de _____ de 20__

Fdo: Tutor/a

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