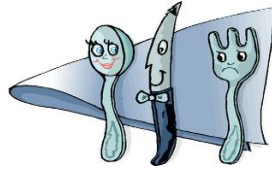




SOLICITUD DE PLAZA DE COMEDOR ESCOLAR (HOJA POR ALUMNO)



ALUMNO/A _____ CURSO _____

PADRE/MADRE/TUTOR-A LEGAL D/DÑA _____ CON

DNI/NIE/PASAPORTE _____, DOMICILIO EN XÀBIA

C/ _____ Y TELÉFONO DE CONTACTO

¿TIENE ALGUNA **ALERGIA**? _____ ¿CUÁL? _____

(ADJUNTAR CERTIFICADO MÉDICO)

¿REQUIERE ALGÚN **MENÚ ESPECIAL**? _____ ¿CUÁL? _____

MARQUE CON UNA X, EL PERÍODO DE TIEMPO EN EL QUE SOLICITA EL COMEDOR ESCOLAR:

- SEPTIEMBRE
 DE OCTUBRE A MAYO
 JUNIO
 DÍAS SUELTOS _____

AUTORIZA AL COLEGIO VICENTE TENA A REALIZAR LA DOMICILIACIÓN DE LOS RECIBOS DEL COMEDOR ESCOLAR EN EL SIGUIENTE NÚMERO DE CUENTA DE MI BANCO O CAJA: _____

NÚMERO DE CUENTA (INDICAR IBAN):

ES _____

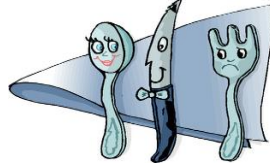
XÀBIA, A _____ DE _____ DE 201__

FIRMA:

IMPORTANTE:

- ENTREGAR FOTOCOPIA DE LA PRIMERA HOJA DE LA CARTILLA BANCARIA.
- ENTREGAR DOCUMENTACIÓN MÉDICA EN CASO DE TENER ALERGIA.

SOL·LICITUD DE PLAÇA DE MENJADOR ESCOLAR (FULL PER ALUMNE/A)



ALUMNE/A _____ **CURS** _____

PARE/MARE/TUTOR-A LEGAL EN/NA _____ **AMB**

DNI/NIE/PASSAPORT _____, **DOMICILI A XÀBIA**

C/ _____ **I TELÈFON DE CONTACTE**

TÉ ALGUNA ALÈRGIA? _____ **QUINA?** _____

(ADJUNTAR CERTIFICAT MÈDIC)

REQUEREIX ALGUN MENÚ ESPECIAL? _____ **QUIN?** _____

MARQUE AMB UNA X, EL PERÍODE DE TEMPS AL QUE SOL·LICITA EL MENJADOR ESCOLAR:

- SETEMBRE
 D'OCTUBRE A MAIG
 JUNY
 DIES SOLTS _____

AUTORITZA AL COL·LEGI VICENTE TENA A REALITZAR LA DOMICILIACIÓ DELS REBUTS DEL MENJADOR ESCOLAR AL SEGÜENT NÚMERO DE COMPTE DEL MEU BANC O CAIXA: _____

NÚMERO DE COMPTE (INDICAR IBAN):

ES _____

XÀBIA, A _____ DE/D' _____ DE 201__

SIGNATURA:

IMPORTANT:

- LLIURAR FOTOCÒPIA DE LA PRIMERA FULLA DE LA CARTILLA BANCÀRIA
- LLIURAR DOCUMENTACIÓ MÈDICA EN CAS DE TENIR ALÈRGIA.