

PREINSCRIPCIÓN COMEDOR ESCOLAR

DATOS DEL ALUMNO/A

APELLIDOS: _____

NOMBRE: _____ CURSO: _____

TELÉFONO/S DE CONTACTO: padre/madre _____ padre/madre _____

Otros (especificar) _____ () _____ ()

DOMICILIACIÓN BANCARIA

Cód. IBAN Entidad Oficina D.C. Nº Cuenta *10 Dígitos*

SOLICITA SERVICIO DE COMEDOR LOS MESES DE:

Septiembre Octubre-Mayo Junio Otro: _____

Padre/Madre/TL

Padre/Madre/TL

Fdo.: _____

Fdo.: _____

Leganés, a ____ de ____ de 20__

ALERGIAS/ INTOLERANCIAS: _____

SE ADJUNTA INFORME MÉDICO DE ALERGIA O INTOLERANCIA ALIMENTARIA

SI NO