



## 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. N° 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