



PREINSCRIPCIÓN COMEDOR ESCOLAR

DATOS DEL ALUMNO/A

APELLIDOS: _____

NOMBRE: _____ CURSO: _____

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

Otros (especificar) _____ () _____ ()

DOMICILIACIÓN BANCARIA

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 ☐