

PREINSCRIPCIÓN COMEDOR

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

☐