



SOLICITUD DE DOMICILIACIÓN DEL SERVICIO DE COMEDOR

DATOS ALUMNO

NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____

PADRE/MADRE/TUTOR: _____

TELÉFONOS: Móvil Madre _____ Móvil Padre _____

Casa: _____ Otros: _____

CURSO QUE REALIZARÁ EN EL PRESENTE CURSO ESCOLAR (Marcar con una X)

3 años	4 años	5 años	1º	2º	3º	4º	5º	6º

DATOS MÉDICOS

NÚMERO DE AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL: _____

OTRO SEGURO MÉDICO: _____ DIRECCIÓN: _____
(Dónde acudir en caso de accidente o atención médica)

OBSERVACIONES: _____

DATOS BANCARIOS (Por favor rellenar cada una de las casillas)

Autorizo el pago de los recibos de comedor escolar emitidos por el CEIP "ESCUELAS AGUIRRE" desde la cuenta:

IBAN			COD. BANCO				COD. SUC.				D.C.		CUENTA											
E	S																							

TITULAR

CUENTA: _____

NIF TITULAR CUENTA: _____

FIRMADO _____ FECHA: _____