

SOLICITUD USO SERVICIO DE COMEDOR

HIJO/A 1

Apellido 1º

Apellido 2º

Nombre

Curso

Grupo

Presenta alguna alergia o intolerancia (adjuntar informe médico) _____

HIJO/A 2

Apellido 1º

Apellido 2º

Nombre

Curso

Grupo

Presenta alguna alergia o intolerancia (adjuntar informe médico) _____

HIJO/A 3

Apellido 1º

Apellido 2º

Nombre

Curso

Grupo

Presenta alguna alergia o intolerancia (adjuntar informe médico) _____

EMAIL

Tfno. de casa

Tfno. móvil

Otro Tfno. de contacto

de

Mi/s hijo/s será/n usuario/s del COMEDOR
(marque sólo una opción) De septiembre a junio. De octubre a mayo. De octubre a junio. Otro período _____**Datos bancarios**

Titular de la cuenta

IBAN (International Bank Account Number)

País / DC IBAN		Entidad	Oficina	DC c/c	Número de cuenta
E	S				

*** Los datos que se recogen se tratarán informáticamente o se archivarán con el consentimiento del ciudadano, quien tiene derecho a decidir quién puede tener sus datos, para qué los usa, solicitar que los mismos sean exactos y que se utilicen para el fin que se recogen, con las excepciones contempladas en la legislación vigente.

Con su firma declara darse por enterado de las normas de funcionamiento del servicio de comedor escolar, así como, autoriza a que se le domicilien los pagos mensuales del mismo.

Firma del titular de la cuenta

D. /Dña. _____

En Madrid, a _____ de _____ de 202__